

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 148

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS DE L'OREILLETTE DROITE

AVEC

LA PAROI THORACIQUE POSTÉRIEURE

NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXPLORATION DE L'OREILLETTE DROITE

par la percussion dorsale

(VALEUR SÉMIOLOGIQUE DE LA MATITÉ PARAVERTEBRALE DROITE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juin 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugénie LISCHNEVSKY

Née le 3 Septembre 1875, à Odessa (Russie).



LYON

A REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 148

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS DE L'OREILLETTE DROITE

AVEC

LA PAROI THORACIQUE POSTÉRIEURE

NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXPLORATION DE L'OREILLETTE DROITE

par la percussion dorsale

(VALEUR SÉMIOLOGIQUE DE LA MATITÉ PARAVERTEBRALE DROITE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juin 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugénie LISCHNEVSKY

Née le 3 Septembre 1875, à Odessa (Russie).



LYON

A REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1901



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	}	BARD.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		X.
Clinique ophtalmologique.		FOCHIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAYET.
Clinique des maladies mentales.		GAILLETON.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		MONOYER.
Chimie organique et Toxicologie.		HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique.		CAZENEUVE.
Parasitologie.		FLORENCE.
Anatomie.		LORTET.
Anatomie générale et Histologie.		TESTUT.
Physiologie.		RENAUT.
Pathologie interne.		MORAT.
Pathologie externe.		TEISSIER.
Pathologie et Thérapeutique générales.		AUGAGNEUR.
Anatomie pathologique.		MAYET.
Médecine opératoire.		TRIPPIER.
Médecine expérimentale et comparée.		POLLOSSON (M.)
Médecine légale.		ARLOING.
Hygiène.		LACASSAGNE.
Thérapeutique.		COURMONT.
Pharmacologie.		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président ; M. ROQUE, Assesseur ;
MM. DOYON et PIC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR TEISSIER

Professeur de pathologie interne,
Médecin, honoraire de l'Hôtel-Dieu,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Je fais hommage de mon premier travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Arrivant au terme de nos études et au moment de dire adieu au pays qui nous a accueillie d'une façon si cordiale, c'est avec joie que nous saisissons l'occasion de remercier tous ceux qui nous ont guidée dans nos études où témoigné leur bienveillance. Que nos maîtres des Facultés de Lyon et de Montpellier acceptent nos remerciements sincères.

Mais, parmi tous, il en est quelques-uns vers lesquels notre pensée reconnaissante doit tout d'abord aller; et c'est M. le professeur Teissier qui, tout le premier, se présente à elle. Qu'il accepte nos profonds remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en nous confiant le sujet de cette thèse.

Nous avons trouvé auprès de lui une bienveillance et une sollicitude qui, non seulement s'appliquaient à diriger nos efforts, mais encore s'ingéniaient à nous les rendre plus faciles; et ce sera toujours avec une gratitude émue que nous nous le rappellerons.

Pour ce travail final, nous devons aussi un témoignage spécial à M. le professeur agrégé Roque, qui nous a permis de prendre dans sa clinique toutes les observations qui nous étaient nécessaires et dont les conseils ne nous ont jamais fait défaut.

Nous remercions M. le Dr Mouisset, médecin des hôpitaux, qui a eu l'obligeance de nous communiquer une observation.

M. le Dr Cade, moniteur de clinique, nous a apporté aussi l'appui de ses conseils et de son inlassable bonne volonté; enfin, M. Duroux, externe des hôpitaux, a droit aussi à tous nos remerciements.

Quant à celles de nos amies russes qui ont partagé avec nous les joies et les tristesses de ces six années d'études, nous ne pouvons que les assurer à nouveau de notre sympathie profonde et sincère.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
RAPPORTS DE L'OREILLETTE DROITE
AVEC
LA PAROI THORACIQUE POSTÉRIEURE

NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXPLORATION DE L'OREILLETTE DROITE

Par la percussion dorsale

(VALEUR SÉMIOLOGIQUE DE LA MATITÉ PARAVERTÉBRALE DROITE)

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DU SUJET

Nombreux sont les procédés d'exploration physique du cœur. Parmi eux, il en est un sur lequel M. le professeur Teissier attirait récemment l'attention et qui, appliqué méthodiquement à l'examen des cardiopathies, a paru devoir fournir de précieuses indications : nous voulons parler du procédé de percussion dorsale du cœur.

Ce procédé n'est pas entièrement nouveau.

Piorry, dès 1825, pratique la percussion dorsale de l'oreillette gauche, mais ses recherches ne donnent pas de résultats bien importants, à cause de l'insuffisance des notions sur la topographie exacte du cœur.

Genne (d'Arras), entre 1864-1895, aidé des travaux anatomiques de Giacomini, de Luschka, de Pirogoff,

cherche systématiquement à préciser cette matité, mais ce procédé n'est introduit définitivement dans la clinique que par MM. le professeur Potain et Barié, et plus récemment par M. le professeur Teissier de Lyon.

Jusqu'ici on ne s'était occupé que de la matité de l'oreillette gauche.

M. le professeur Teissier, en poursuivant ses recherches d'exploration des diverses cardiopathies par la percussion dorsale, a remarqué qu'on pouvait révéler la distension des cavités droites en percutant méthodiquement le long du bord droit de la colonne dorsale, à 3 centimètres de la colonne, entre les sixième et neuvième vertèbres dorsales. Cette zone de matité, qui correspond exactement à l'oreillette droite distendue, a été appelée par lui la *matité paravertébrale* droite.

M. Teissier a fait de nombreuses recherches sur ce sujet, recherches cliniques, anatomo-pathologiques et radiographiques, toutes confirmant ce fait que, chez les sujets en imminence d'asystolie, c'est-à-dire ayant une tendance à la distension des cavités droites, l'oreillette droite en se dilatant ne se porte pas en avant, comme on croyait autrefois, mais en arrière en refoulant à droite le poumon droit.

Sa présence en arrière est révélée par une zone de matité, entourée de la sonorité normale du poumon.

En percutant sur la face antérieure à droite du sternum, on ne trouve pas toujours de matité correspondante : c'est qu'en effet seul le ventricule droit répond à cette zone et qu'une grosse distension du ventricule ne répond pas toujours à une large dilatation auriculaire. Cette matité paravertébrale droite

n est due ni à un épanchement pleural ni à une tumeur quelconque du médiastin. Nos observations ne laissent aucun doute à cet égard.

Les mêmes recherches ont montré que ce signe ne se rencontre pas chez les sujets normaux. On ne le voit que chez les cardiaques avec dilatation des cavités droites ou bien encore, comme nous aurons à l'établir plus loin, dans certains cas où l'oreillette droite a été refoulée par une grosse hypertrophie du ventricule gauche comme chez quelques brightiques ou dans quelques faits d'insuffisance aortique (voir radiographie n° III, p. 36).

Mais, avant d'aborder la discussion de ce nouvel élément de diagnostic, signe d'un intérêt clinique tout particulier, nous tâcherons de préciser la position et les rapports de l'oreillette droite non dilatée avec la colonne dorsale, puis ces mêmes rapports à l'état pathologique, c'est à-dire à l'état de distension plus ou moins marquée.

Cette étude anatomique terminée, nous exposerons dans le chapitre suivant nos observations; enfin, dans la troisième et dernière partie, nous en tirerons les conséquences qu'elles comportent et nous préciserons la valeur sémiologique de ce mode d'exploration.

CHAPITRE II

NOTIONS ANATOMIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

A. NOTIONS GÉNÉRALES D'ANATOMIE

Nous avons recherché dans les grands traités d'anatomie et dans les principaux ouvrages relatifs aux maladies du cœur, ce que les auteurs pensaient des rapports de l'oreillette droite avec la région dorsale.

Les quatre cavités qui composent le cœur formant un ensemble anatomique continu, la situation et la direction de l'oreillette droite sont donc subordonnées à celles du cœur.

Occupant la partie moyenne de la cavité thoracique, entre les deux poumons, le cœur a la forme d'un cône aplati d'avant en arrière, à base dirigée en haut, à sommet en bas et à gauche; son grand axe a une triple obliquité : il est incliné de haut en bas, de droite à gauche et d'arrière en avant (Poirier¹).

Cette direction a pour effet d'entraîner l'oreillette droite, située dans un plan postérieur et inférieur à l'oreillette gauche, en arrière et à droite de la colonne vertébrale. A l'état normal cette situation peut être

¹ P. Poirier, *Traité d'anatomie humaine*.

considérée comme invariable, car elle participe de celle du cœur qui reste fixe dans la cage thoracique, maintenu qu'il y est par sa continuité avec les gros vaisseaux qui partent de sa base, par le péricarde qui l'enveloppe complètement et contracte des adhérences à la fois avec le diaphragme, avec la colonne vertébrale, avec le sternum et les aponévroses du cou : dispositions anatomiques constantes à l'état normal, qui ne permettent au cœur que quelques mouvements de latéralité et encore très restreints.

Quant à ses rapports avec la colonne vertébrale, nous savons que le cœur correspond aux 4^e, 5^e, 6^e, 7^e et 8^e vertèbres dorsales, appelées par Giacomini *vertèbres cardiaques*.

Les modifications qu'apporte la taille du sujet dans ces rapports sont presque négligeables, car, d'après les anatomistes, la longueur du rachis dorsal variant de 27 centimètres, longueur minima, à 29 centimètres, longueur maxima, c'est donc une différence de 2 centimètres pour les 12 vertèbres dorsales, et de 5 millimètres pour les deux ou trois vertèbres qui correspondent à l'oreillette droite, différence que l'on peut considérer comme insignifiante (Testut¹). Dans les hypertrophies avec ou sans dilatation cardiaque, les épanchements pleuraux et péricardiques, les tumeurs abdominales, les rapports du cœur sont sans doute modifiés ; même dans les cas d'hypertrophie, les rapports ne sont pas tellement changés que le cœur ne

¹ Testut, *Traité d'anatomie humaine*, t. I, p. 67.

corresponde plus aux limites qu'on lui assigne avec la paroi dorsale.

Ces quelques considérations nous montrent que dans la pratique on pourrait envisager le cœur comme occupant une situation invariable dans la cage thoracique.

Quels sont donc les rapports de l'oreillette droite avec la région dorsale ?

C'est ce qu'ont cherché à déterminer les anatomistes et les cliniciens.

Voici ce qu'en écrit Cruveilhier¹ :

« Le volume des oreillettes, qui est variable chez les divers individus, présente, sur un cœur injecté, une hauteur moyenne de 54 millimètres, un diamètre antéro-postérieur qui est à peu près le même, et un diamètre transversal qui est au moins de 80 millimètres, et qui déborde de chaque côté les ventricules, lorsque les oreillettes sont distendues.

« Leur face postérieure répond à la colonne vertébrale, dont elle est séparée par l'œsophage et par l'aorte.

« L'oreillette droite est située un peu en avant de l'oreillette gauche, ce qui tient à l'obliquité de la cloison interauriculaire, obliquité qui est en rapport avec celle de la cloison interventriculaire.

« On peut comparer la forme de l'oreillette droite distendue à celle d'un segment d'ovoïde irrégulier dont le grand diamètre serait dirigé d'avant en arrière.

« Sa capacité est, chez un homme adulte, de 110 à 185

¹ Cruveilhier, *Anatomie descriptive*, t. III, p. 9.

centimètres cubes, supérieure à la gauche qui est de 100 à 130 centimètres cubes. »

D'après Poirier, « la base du cœur regarde en arrière et à droite. Elle est formée par la face postérieure des oreillettes. Elle est séparée de la face antérieure de la pyramide cardiaque par une crête mousse, formant le bord supérieur des oreillettes. En bas, la base verticale rencontre à angle droit la face diaphragmatique horizontale. A gauche, elle se continue avec la face gauche ou pulmonaire du cœur ; à droite, elle se continue avec la face antérieure ou sterno costale. Cette base est plane dans le sens vertical, mais fortement convexe dans le sens transversal. Elle est tout entière tapissée par le feuillet viscéral du péricarde, sauf au niveau d'une bande transversale intermédiaire aux deux groupes de veines pulmonaires, et d'une bande verticale intermédiaire aux deux veines caves.

« L'oreillette droite affecte la forme d'une masse globuleuse, coiffant la base du ventricule droit. Elle forme le segment pulmonaire de la base du cœur et répond à la face interne du poumon droit ; le phrénique droit descend entre l'oreillette droite et le poumon. »

D'après Testut, « la face postérieure du cœur repose en grande partie sur le diaphragme ; elle répond aux organes contenus dans le médiastin postérieur, depuis le milieu de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'à la partie supérieure de la neuvième.

« Elle répond plus particulièrement à l'œsophage, qui se porte verticalement en bas, en suivant l'intervalle compris entre les veines pulmonaires droites et les veines pulmonaires gauches. Puis la face postérieure

du cœur présente des rapports moins immédiats avec les deux nerfs pneumogastriques, l'aorte descendante, la grande veine azigos et le canal thoracique ¹. »

Nous venons de voir les données topographiques fournies par les auteurs des traités classiques d'anatomie.

Les cliniciens se sont aussi, et à juste titre, préoccupés de cette question des rapports des diverses cavités cardiaques.

Pour Bouillaud², « le bord antérieur du poumon droit s'avance un peu inférieurement sur la portion droite du péricarde et la moitié correspondante du cœur, tandis que le bord antérieur du poumon gauche, s'avancant également sur la portion gauche du péricarde, recouvre, en grande partie, les cavités gauches du cœur.

« La portion du péricarde qui n'est pas ordinairement recouverte par les poumons appartient donc principalement aux cavités droites. »

D'après Friedreich, « l'oreillette droite est, à l'exception de la pointe de son auricule cardiaque, située tout entière dans la moitié droite du thorax, de telle sorte que ses deux tiers sont situés en dehors du bord droit du sternum ; un tiers, et presque toute l'auricule cardiaque droite, sont derrière le corps du sternum. La limite supérieure de l'oreillette correspond à la moitié de l'extrémité antérieure du deuxième espace intercostal droit, son bord externe (bord cardiaque droit) part de ce point, situé à environ 2 centimètres

¹ Testut, *Traité d'anatomie humaine*, t. II, p. 10.

² Bouillaud, *Maladies du cœur*, t. I, p. 6.

du bord sternal droit et descend, en décrivant une ligne légèrement convexe en dehors, jusqu'à l'extrémité sternale du cinquième cartilage costal droit, où il se termine et rencontre le ventricule droit.

« Dans son contour postérieur, le cœur n'est recouvert par les poumons que là où il n'est pas en contact avec les parties situées dans le médiastin postérieur.

« Ainsi, le cœur est en rapport, dans la partie supérieure du médiastin postérieur, avec l'aorte, l'œsophage, les ganglions bronchiques ; dans la partie inférieure, seulement avec l'œsophage, les nerfs vagues et un tissu cellulaire lâche, chargé de graisse. Dans tous les autres points du pourtour supérieur et dans tout le pourtour latéral, des deux côtés, le cœur est recouvert par les faces internes des poumons.

« Si on compare les rapports réciproques des parties antérieures du poumon et du cœur avec les points de la paroi thoracique décrits ci-dessus qui correspondent aux orifices et aux valvules du cœur, on voit que, dans la plupart des cas, ces orifices et ces valvules sont complètement recouverts par une lame pulmonaire plus ou moins épaisse, remarque d'une importance capitale pour élucider certains phénomènes d'auscultation. Ainsi, les oreillettes droite et gauche, les origines de l'aorte et de l'artère pulmonaire avec leurs valvules sont recouvertes par les portions antérieures des lobes pulmonaires supérieurs, qui se rencontrent l'un et l'autre au-dessus de la quatrième paire costale (Friedreich)¹. »

¹ Friedreich, *Maladies du cœur*, p. 6; 11, 14.

En résumé, voici ce que nous avons trouvé jusqu'ici concernant la situation et les rapports de l'oreillette droite.

Elle occupe la moitié droite de la face postérieure du cœur, ne débordant le ventricule correspondant que quand elle est distendue.

Elle est située un peu en avant de l'oreillette gauche, ce qui tient à l'obliquité de la cloison interauriculaire.

On peut comparer sa forme à celle d'un segment d'ovoïde irrégulier, dont le grand diamètre serait dirigé d'avant en arrière.

Sa hauteur est de 54 millimètres et sa capacité de 110 à 185 centimètres cubes (Cruveilhier)¹, de 55 à 75 centimètres cubes (Cénas)².

Sa limite supérieure correspond en avant à la moitié de l'extrémité antérieure du deuxième espace intercostal droit, et en arrière au cinquième espace intercostal droit; sa limite inférieure correspond en avant à l'extrémité sternale du cinquième espace intercostal droit, et en arrière à la partie supérieure de la neuvième vertèbre dorsale (Friedreich)³.

Située dans le médiastin postérieur, elle est en rapport immédiat avec la face interne du poulmon droit et le nerf phrénique droit qui descend entre ces deux organes. Elle contracte des rapports moins immédiats avec les deux nerfs pneumogastriques, avec l'aorte descendante, la grande veine azygos et le canal thoracique et enfin avec la colonne vertébrale (Testut.)

¹ Cruveilhier, *Anatomie descriptive*, t. III, p. 23.

² Cénas, thèse de Lyon, 1884.

³ Friedreich, *Maladies du cœur*, p. 6.

Les rapports qu'elle présente avec les portions antérieures des lobes pulmonaires supérieurs sont d'une importance capitale pour l'élucidation de certains phénomènes d'auscultation (Friedreich, Potain).

Ce court aperçu nous montre combien insuffisantes sont les notions relevées chez les auteurs pour préciser exactement la situation et les rapports postérieurs de l'oreillette droite. M. le professeur Teissier a cherché récemment à préciser ces notions dont ses recherches cliniques lui avaient montré tout l'intérêt. La radiographie et les constatations cadavériques lui ont permis d'apporter une importante contribution à l'étude de cette question de topographie cardiaque.

Il a démontré que l'oreillette droite a une situation toute spéciale dans le thorax en arrière, dans un plan postérieur et inférieur à l'oreillette gauche, qu'à l'état normal elle est cachée par la colonne vertébrale et n'est abordable par la percussion dorsale qu'à l'état de distension, lorsque, en refoulant en avant et à droite les lobes du poumon droit, elle vient se placer au-devant des 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux, en dépassant à droite les limites des 5^e, 6^e et 7^e vertèbres dorsales.

Les résultats de ces recherches ont été présentés par M. Teissier à la Société nationale de médecine de Lyon dans la séance du 18 février 1901, et à la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Séance du 8 mars 1901).

Partant de cette idée que, lorsque l'oreillette droite se dilate, elle ne se dilate pas en avant, mais en arrière, M. Teissier a conclu qu'elle doit être abordable par la percussion dorsale.

Les faits confirmant cette hypothèse sont les suivants :

1° Cette zone de matité augmente ou diminue suivant qu'augmentent ou diminuent les autres symptômes cliniques de la dilatation de l'oreillette droite.

2° Sur des radiographies de malades présentant une dilatation de l'oreillette droite, on voit la projection de cette oreillette à droite de la colonne dorsale dans les espaces indiqués ci-dessus.

3° En fixant sur la table d'autopsie, à l'aide de fiches, des cœurs présentant de la matité paravertébrale droite dans leur situation normale, on a constaté que les rapports de l'oreillette droite avec la paroi postérieure du thorax étaient tels qu'on était en droit de le penser d'après la radioscopie et les constatations cliniques.

Inspirée par cette idée, nous aussi, nous avons cherché à contrôler ces faits, dont les conséquences pourraient être si intéressantes et si variées.

Nous avons fait nous-même la même exploration, et en procédant méthodiquement, nous avons tâché de préciser quelle est la position exacte de l'oreillette droite dans le thorax, ses rapports généraux.

Nous avons commencé par l'étude de ses rapports postérieurs.

Après avoir injecté le cœur, nous l'avons fixé par une fiche axillo-axillaire afin d'éviter l'action de la pesanteur. Les 6^e, 7, 8^e et 9^e vertèbres dorsales enlevées, on tombe dans le sinus costo-vertébral droit. En le relevant, on tombe sur la face postérieure du cœur, qui est occupée par les deux oreillettes. Laissons de côté

l'oreillette gauche et occupons-nous seulement de la droite : nous voyons qu'elle se trouve dans un plan inférieur et en partie postérieur à l'oreillette gauche. Les limites par rapport à la colonne dorsale sont :

En haut, le disque intervertébral situé entre les 5^e et 6^e vertèbres dorsales ;

En bas, la 8^e vertèbre dorsale ;

A gauche, le milieu de la colonne dorsale.

A droite, elle déborde d'un travers de doigt le bord droit du sternum.

Le sinus pulmonaire postérieur droit, comparé à celui du côté gauche, ne présente aucune différence de profondeur.

C'est une constatation sur laquelle nous insistons, puisqu'il n'en est plus de même à l'état pathologique, lorsque l'oreillette distendue refoule la face interne du poumon droit : on comprend alors aisément que ce sinus pleural augmente plus ou moins de profondeur.

B. NOTIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Dans les cas où, pendant la vie, la matité paravertébrale droite nous permettait de soupçonner la distension auriculaire, nous avons toujours constaté à l'autopsie l'existence de celle-ci. Dans ces conditions, l'oreillette droite nous a toujours paru déborder nettement la colonne dorsale à droite (obs. IX, X et VIII), parfois même (obs. XII) être située complètement à droite de celle-ci. *Elle était appliquée contre le sinus costovertébral, refoulant le poumon à droite.*

Nous avons essayé de préciser les rapports de cette

oreillette dilatée, en nous servant du procédé employé par M. Teissier dans ses explorations anatomo-pathologiques à ce sujet.

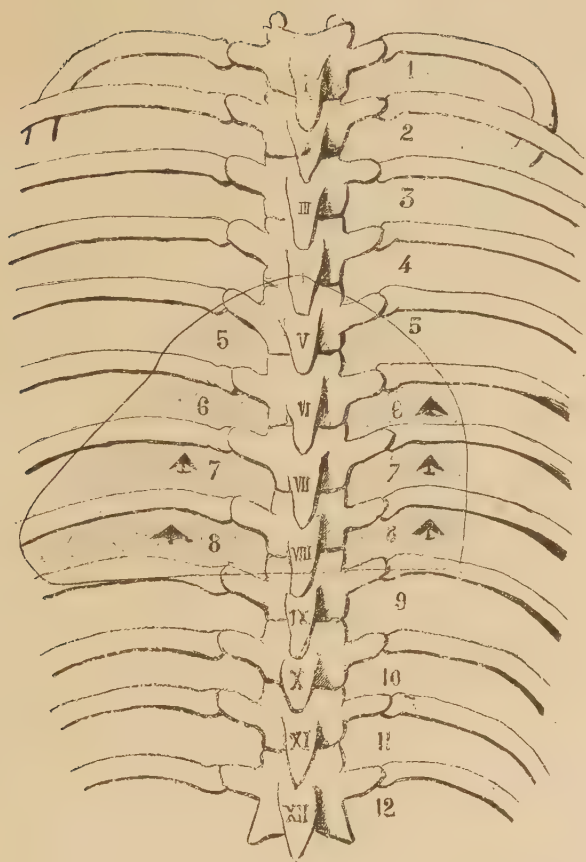
Ce procédé consiste à enfoncer un jeu de fiches métalliques d'arrière en avant au niveau de la zone de matité paravertébrale droite, c'est-à-dire dans les 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux, de façon que, en fixant le cœur sur le cadavre, on puisse déterminer exactement la partie de l'organe répondant à la zone limitée par la percussion et en préciser les contours.

Nous trouvons les résultats des expériences faites par M. Teissier dans sa publication du *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 8 mars 1901 : des fiches enfoncées au niveau des 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux en arrière plongent en pleine oreillette droite, celle du 7^e espace intercostal toujours, celles des 6^e et 8^e d'une façon inconstante, suivant le degré de la distension; en tout cas, les fiches enfoncées dans ces deux derniers espaces correspondent toujours aux limites extrêmes de la matité, qui ne semble pas déborder la 6^e côte en haut, la 9^e en bas. Donc, le bord supérieur de la 9^e côte est la limite inférieure de l'oreillette droite.

Nous croyons devoir résumer brièvement ici les faits sur lesquels se trouvent basées ces conclusions :

EXPÉRIENCE I. — Emphysème et dilatation des cavités droites.

Autopsie pratiquée le 24 décembre 1900, schéma 1.
— Les trois fiches paravertébrales droites sont positives, c'est-à-dire plongeant en pleine oreillette.



L'autopsie du 24 décembre 1900. Cœur droit. Emphysème et dilatation des cavités droites. (Schéma 1.)

L'oreillette droite étant très dilatée, la fiche du 6^e espace intercostal postérieur, qui normalement ne l'atteint pas, l'a complètement traversée et, comme toujours, les fiches des 7^e et 8^e postérieurs ont été positives, c'est-à-dire tombent en pleine oreillette. (Emprunté aux *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* et dû à l'obligeance de M. Masson, éditeur.)

EXPÉRIENCE II. — Fièvre typhoïde ambulatoire. *Autopsie pratiquée le 18 décembre 1900, schéma 2.* — La fiche du septième espace intercostal droit est positive, c'est-à-dire atteint l'oreillette droite.

EXPÉRIENCE III. — Rétrécissement mitral. Asystolie. Dilatation de l'oreillette droite. *Autopsie pratiquée le 19 décembre 1900, schéma 3.* — La fiche enfoncée dans le huitième espace intercostal droit a transfixé l'oreillette droite à peu de distance de son bord inférieur.

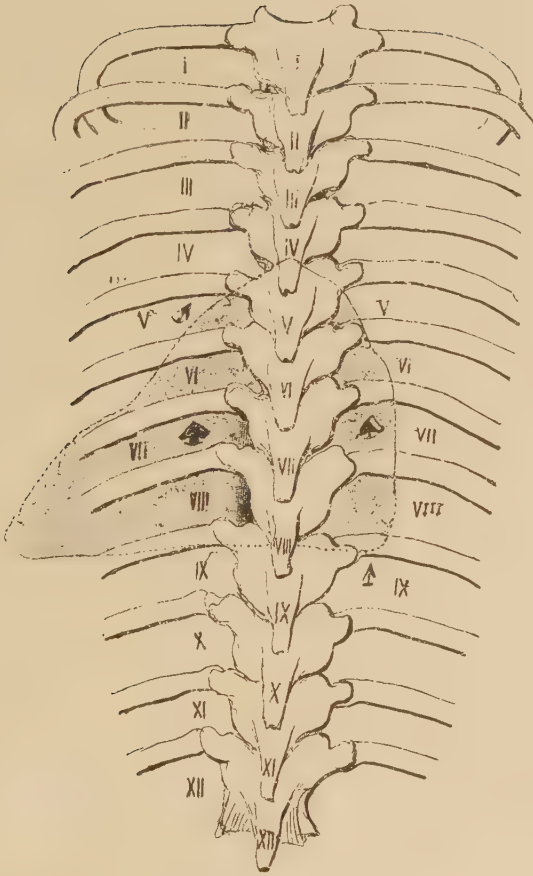
Nous avons répété la même recherche dans quelques autopsies. Nos résultats ont été les suivants :

EXPÉRIENCE I. — Femme Marie M..., cinquante-six ans, lit n° 43 de la salle des quatrièmes femmes. *Autopsie pratiquée le 1^{er} février 1901. Aortite abdominale et œdème aigu du poumon.* — Cœur normal, mais petit, avec l'auricule droite véritablement ratatinée.

Les fiches droites ont plongé : celle du cinquième espace dans le médiastin, respectant entièrement l'oreillette et l'auricule droites ; celle du septième espace dans le ventricule droit ; celle du neuvième espace a passé sous le cœur en traversant le foie, et a émergé dans le sixième espace intercostal antérieur, à droite du sternum.

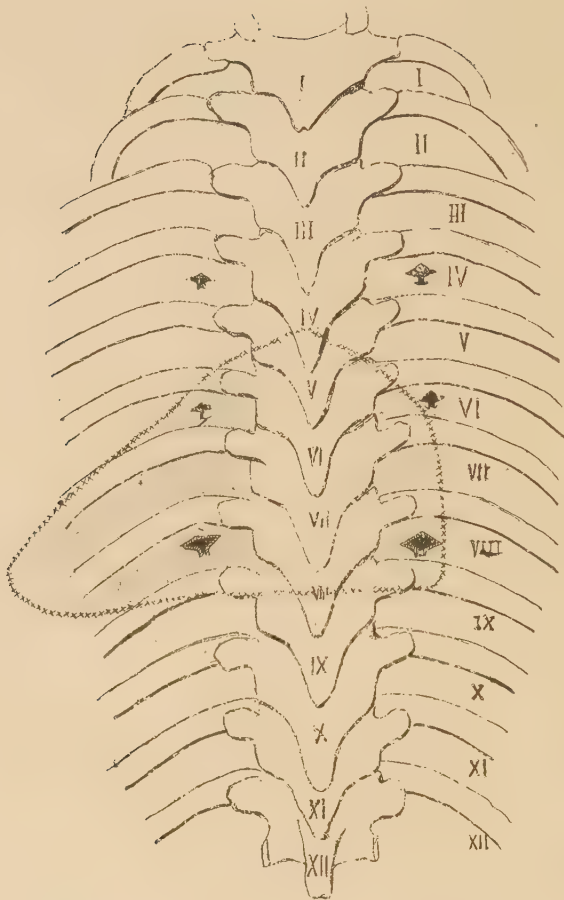
EXPÉRIENCE II. — Joséphine M..., quarante ans, lit n° 40, salle des quatrièmes femmes. *Autopsie du 5 mars 1901, schéma 4. Néoplasme stomacal.* — Cœur extrêmement réduit de volume.

Les trois fiches droites ont été toutes négatives, c'est-



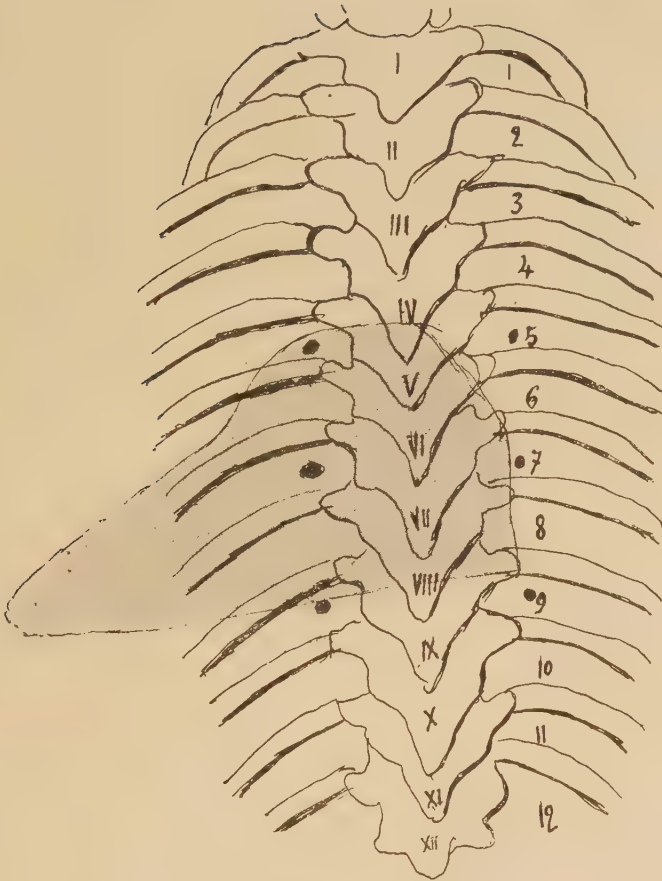
Fièvre typhoïde ambulatoire. Projection des cavités cardiaques sur la colonne vertébrale, 18 décembre 1900. Transfixion du cœur d'arrière en avant. (Schéma 2.)

Une fiche fut enfoncée dans le 5^e espace intercostal gauche, et rasa l'oreillette gauche sans la perforer. Deux autres furent enfoncées dans le 7^e espace intercostal postérieur, et toutes deux atteignirent le cœur : la fiche droite l'oreillette droite, la fiche gauche les ventricules. Une 4^e fiche fut enfoncée dans le 9^e espace intercostal postérieur droit et n'atteignit pas le cœur. (Emprunté aux *Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* et dû à l'obligeance de M. Masson, éditeur.)



Rétrécissement mitral. Asystolie. (Schéma 3)

*Expérience du 19 décembre : Quatre fiches ont été implantées d'arrière en avant dans les 4^e et 6^e espaces intercostaux postérieurs. Les deux fiches 4 n'ont rien perforé. La fiche 6 droite non plus, mais la fiche 6 gauche a traversé l'oreillette correspondante. Deux fiches ont été dirigées d'avant en arrière, à la même hauteur, l'une, la droite, en pleine oreillette droite, la gauche en plein ventricule : leurs pointes marquées (en rouge et bleu) sont sorties dans les huit espaces intercostaux postérieurs. (Emprunté aux *Bulletins de la Société médicale de Paris* et dû à l'obligeance de M. P. Masson, éditeur.)*



Néoplasme stomacal. (Schéma 4.)

Expérience du 5 mars 1901. Cœur extrêmement réduit de volume. Dessin de M. Duroux : Les trois fiches droites implantées dans les 5^e, 7^e, 9^e espaces intercostaux postérieurs, ont été toutes négatives, c'est-à-dire ont toutes passé en dehors des cavités cardiaques. Les trois fiches gauches ont au contraire perforé les cavités gauches. (Expérience personnelle).

à-dire qu'elles ont toutes passé en dehors des cavités cardiaques droites (elles sont sorties en avant dans les 2^e, 4^e et 6^e espaces intercostaux).

Les trois fiches gauches ont au contraire perforé les cavités gauches et ont traversé le plastron sternocostal au niveau des mêmes espaces.

EXPÉRIENCE III. — Marie L..., soixante-cinq ans, ménagère, lit n° 4, salle des deuxièmes femmes. *Autopsie pratiquée le 16 avril 1901. Myocardite, albuminurie, syndrome de Basedow, hydrothorax droit.*

Les fiches droites ont perforé :

Celle du sixième espace, l'oreillette droite ;

Celle du septième espace, l'oreillette et le ventricule droits ;

Celle du huitième espace, le foie.

Le cœur est placé horizontalement, en refoulant à droite le hile du poumon et en venant se placer dans le sinus costo-vertébral droit.

De tout ceci nous pouvons légitimement tirer les conclusions suivantes :

L'oreillette droite dilatée vient se loger en arrière dans le sillon costo-vertébral, occupant les 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux, jusqu'à trois travers de doigt à droite de la colonne dorsale.

En refoulant le poumon, elle n'est point séparée du squelette par un sinus pulmonaire plus ou moins épais, comme cela a lieu pour les cavités gauches, mais elle tend à se rapprocher sensiblement du plancher costo-

vertébral, sur lequel elle peut même reposer directement; ce qui explique aisément la facilité avec laquelle la dilatation de l'oreillette entraîne la disparition de la sonorité normale dans la région correspondante.

Ces recherches anatomo-pathologiques confirment donc cette opinion, appuyée déjà sur les recherches anatomiques, à savoir que la zone de matité paravertébrale droite, observée dans les cas de dilatation de l'oreillette, est bien liée à cette dilatation et déterminée par la présence de cette cavité, plus ou moins remplie de sang, au-devant du squelette de la région costo-vertébrale droite.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Teissier.)

Paludisme ancien (séjour à Panama). — Absinthisme. — Gros foie. Hépatite interstitielle légère, sans expansion présystolique du foie. — Grossè dilatation cardiaque. — Tendance au galop droit, dédoublement du deuxième bruit. — Induration des sommets. — Crachats hémoptoïques. — Tuberculose? — Séro-diagnostic négatif par la suite. — Matité paravertébrale droite. (Radiographie I.)

Pierre S..., cinquante ans, ébéniste, entré le 6 novembre 1900, sorti en janvier 1901.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Personnellement : convulsions dans l'enfance. Pas de spécificité, mais pendant cinq ans après sa malaria, excès alcooliques, absinthisme surtout.

Fièvre intermittente contractée à Panama, entre trente-huit et quarante ans.

Il y a trois ans, le malade eut une bronchite compliquée de pleurésie droite qui dura six mois, pas d'hémoptysie.

Depuis, il a toujours été faible et a fait quatre séjours à l'Hôtel-Dieu en un an,

Il a dû garder le lit chez lui à plusieurs reprises.

Il avait de l'oppression facile et des crises d'étouffement, surtout la nuit.

Les symptômes se sont accusés cette semaine et, de plus, le malade tousse et rejette des crachats sanguinolents.

A l'entrée, l'oppression est grande, soixante-quatre respirations à la minute en orthopnée ; pas d'asphyxie.

La toux est peu fréquente, le malade a eu quelques crachats hémoptoïques.

La face et tout le tégument présentent une teinte cachectique, l'amaigrissement est très notable.

La langue est bonne ; rien à l'estomac, ni à la rate.

Le foie est douloureux et déborde de trois travers de doigt les fausses côtes.

Au poumon droit : au sommet, en avant, submatité, peu de modification des vibrations, sibilances, craquements ? en arrière, léger degré de pectoriloquie ; rien à la base.

Au poumon gauche : au sommet rien en avant ; en arrière, souffle inspiratoire et expiratoire, pectoriloquie.

Pouls très arythmique, 80, de faible tension.

Les bruits du cœur sont irréguliers, mais bien frappés, le deuxième bruit pulmonaire est renforcé.

T. = 37°3.

Urines : pas d'albumine ni de pigments biliaires.

7 novembre. — Le cœur est gros. Les cavités droites sont dilatées.

On perçoit quelques battements hépatiques systoliques ; pas de reflux jugulaire.

Le deuxième bruit dans la région préventriculaire est doublé. Souffle tricuspide systolique net.

La pointe du cœur est légèrement abaissée et déviée.

Pas de matité paravertébrale gauche, *un peu de matité paravertébrale droite*,

9 novembre. — Matité paravertébrale droite de la 7^e à la 10^e vertèbre dorsale. Séro-diagnostic tuberculeux négatif (inoculation au cobaye négative).

14 novembre. — Le malade est plus reposé.

A la pointe, souffle systolique très prolongé.

Dédoubllement du deuxième bruit. Claquement d'ouverture de la mitrale inconstant. Arythmie.

26 novembre. — La radiographie montre la saillie considérable de l'oreillette droite.

Au foyer tricuspideen soufflé systolique intense, râpeux, non propagé dans les vaisseaux du cou.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

28 novembre. — Râles humides persistant sous la clavicule droite. Les crachats sont rosés. La pression artérielle au sphygmomanomètre de Potain est de 12. Le souffle tricuspideen a diminué.

14 décembre. — Persistance du souffle tricuspideen. Diminution de la matité paravertébrale droite.

Râles à droite.

Pression : 10.

22 décembre. — Disparition du souffle tricuspideen et de la matité paravertébrale.

Le malade prend la grippe.

Râles de bronchite à gauche, rien à droite.

31 décembre. — Les phénomènes de congestion du sommet ont disparu et la sonorité est revenue dans la région paravertébrale droite.

Radiographie du D^r DESTOT.

Pierre S... — Fièvre intermittente ancienne. Hépatite interstitielle. Tendance à l'asystolie. Grosse dilatation des cavités droites. Congestion du sommet droit. Grosse matité paravertébrale droite occupant les 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux droits. La radiographie montre la dilatation considérable de l'oreillette droite répondant à cette zone de matité dont les oscillations ont varié avec les phases successives d'amélioration ou d'aggravation de la maladie.

OBSERVATION II .

(Due à l'obligeance de M. le professeur Teissier.)

Diagnostic : *Rétrécissement mitral avec arythmie. — Augmentation considérable du volume du foie et distension des cavités droites. — Large zone de matité paravertébrale droite.* (Radiographie II.)

Louise R..., cinquante ans, concierge, lit n° 19, salle quatrièmes femmes.

Mariée, mari mort d'une bronchite chronique, a eu sept enfants, dont deux sont morts de méningite, l'un a longtemps toussé, les quatre autres tous bien portants.

Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de quarante ans, puis de temps à autre de nouvelles attaques de rhumatisme toutes frustes, principalement pendant les hivers.

A la fin de l'année 1899 elle a commencé à prendre un peu d'œdème des membres inférieurs, qui a cédé rapidement, et elle a été à ce moment essoufflée. A cause de la dyspnée, elle demande son admission à l'hôpital.

Actuellement, le facies est pâle, la dyspnée est assez accusée.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace, au niveau de la ligne mamelonnaire.

A la palpation, on perçoit un frémissement diastolique et un dédoublement au moment de la diastole.

Quelques battements épigastriques.

A la percussion : augmentation de l'étendue de l'aire précordiale, en particulier au niveau des cavités droites.

A l'auscultation de la pointe, on perçoit les deux bruits cardiaques avec un caractère parcheminé très marqué. Il s'y adjoint un double souffle, qu'on perçoit surtout en dehors

de la pointe et qui se propage à une certaine distance dans l'aisselle.

Au niveau de l'orifice pulmonaire, dédoublement du deuxième bruit.

Gonflement des jugulaires sans pouls veineux.

Le pouls radial a une tension inégale, en général faible, il présente une arythmie marquée.

Aux poumons : submatité de la base gauche, matité presque complète de la base droite.

Foie légèrement augmenté de volume sans battement. Rate normale.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Urines : Un disque net d'albumine.

27 mars 1900. — La malade rentre de nouveau, son état s'est aggravé.

Au cœur, mêmes signes.

Le foie descend à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes, on y perçoit des battements très intenses.

Pouls veineux, jugulaire systolique. Albumine dans les urines.

16 mai. — L'impulsion du cœur est large.

Matité augmentée.

Dédoublement constant du second bruit.

Déplacement du bord gauche de la matité, sous l'influence des mouvements respiratoires.

2 juin. — Arythmie considérable. Pulsations avortées.

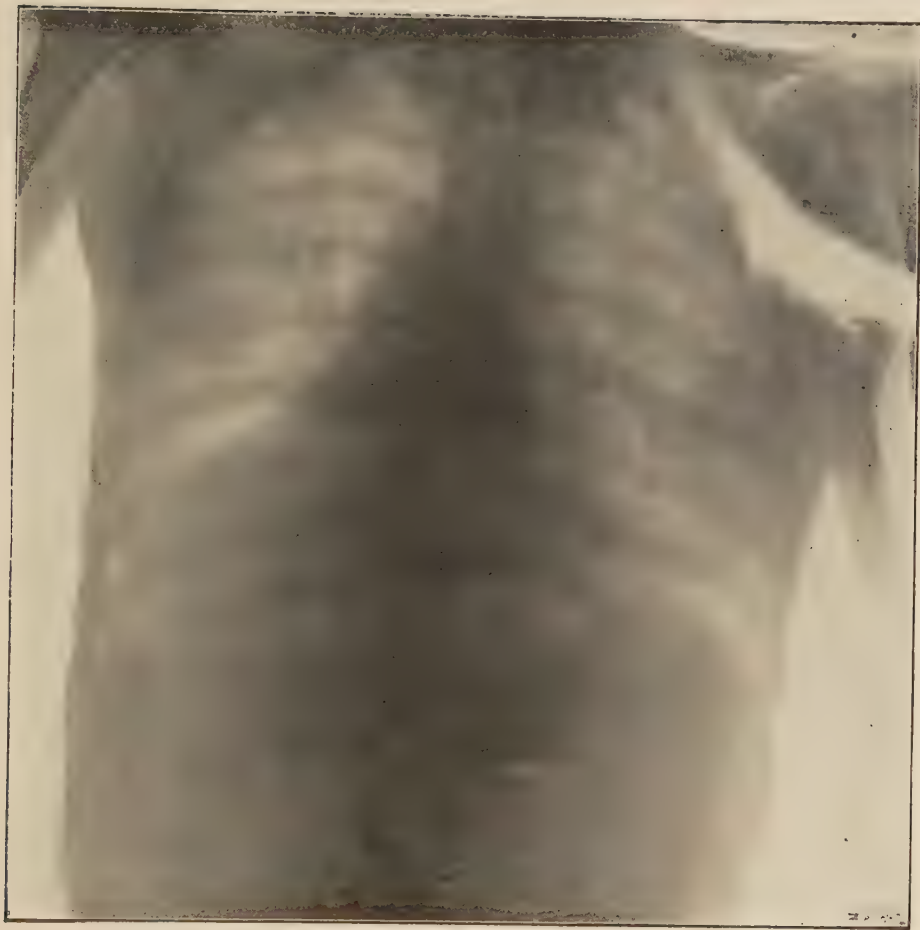
Fausse intermittence au pouls, ou on ne compte que 90, 96 pulsations (la malade a pris de la digitale).

5 juin. — Pouls, 120.

Au cœur, 120 pulsations également.

18 août. — Matité à la base droite, obscurité de la respiration.

20 août. — Thoracocentèse du côté droit; la malade, après



Radiographie du Dr DESTOT.

Louise R... — Rétrécissement mitral avec gros foie; crises répétées d'asystolie. Grosse dilatation des cavités droites avec zone de matité paravertébrale droite au lieu d'élection. La radiographie montre une large zone sombre occupant les 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux surtout, dépassant de deux larges travers de doigt la colonne vertébrale à droite et répondant à la zone de matité révélée par la percussion.

cette évacuation du liquide, se trouve un peu soulagée.

21 août. — La malade se trouve mieux sous l'influence de la digitale. La matité a baissé jusqu'au 8^e ou 9^e espace intercostal.

23 août. — Le pouls est presque régulier (digitale depuis trois jours).

16 octobre. — A eu une crise d'asystolie caractérisée surtout par la dyspnée (calmée par la digitale).

13 novembre. — Le volume du foie est notablement diminué. Battements hépatiques présystoliques

Matité paravertébrale droite très nette.

14 décembre. — Sort bien améliorée.

19 décembre. — Elle est reprise d'oppression, de palpitations, d'un peu d'œdème malléolaire, d'oligurie. Elle est en orthopnée, elle tousse un peu, son expectoration est séro-muqueuse, peu abondante.

Le pouls est petit, intermittent, irrégulier, inégal, à 90. Au cœur la matité n'est pas très accrue, les battements sont très arythmiques, avec des salves et des faux pas; les bruits sont bien frappés, le deuxième est exagéré, surtout au foyer pulmonaire.

Les jugulaires sont turgescentes, sans pouls veineux vrai, léger degré du reflux hépato-jugulaire. Battements épi-gastriques et hépatiques présystoliques.

Aux poumons, râles sonores disséminés.

Urines foncées, toujours albumineuses.

La matité paravertébrale droite persiste. On administre à la malade de la digitale.

27 décembre. — La matité paravertébrale droite a disparu. Plus de râles aux bases.

5 janvier 1901. — L'arythmie persiste. *Digitale 0,50.*

11 janvier. — La pointe bat dans le sixième espace. Souffle systolique à la pointe. Arythmie.

22 janvier. — L'arythmie persiste, *Digitaline 1 milligramme*.

29 janvier. — La malade est essoufflée, très arythmique. On lui donne encore de la digitale,

Elle n'a pas de râles aux bases

Le cœur droit est dilaté : pouls veineux cyanose, battements épigastriques. Le foie déborde de deux travers de doigt avec pouls hépatique.

Pas d'œdème des jambes.

Pas de matité paravertébrale.

28 février. — Hémoptysie légère. Quelques râles à la base gauche. On ordonne à la malade des granules de strophanthus.

2 mars. — L'hémoptysie a continué plus abondante.

Sibilances au sommet gauche, avec râles crépitants.

8 mars. — De nouveaux crachats hémoptoïques.

22 avril. — Trente jours de strophanthus, arythmie persiste. On remplace le strophanthus par la digitale.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur Teissier.)

Diagnostic : *Insuffisance aortique et rétrécissement mitral, grosse hypertrophie ventriculaire gauche, refoulement de l'oreillette droite, à droite de la colonne vertébrale. — Matité paravertébrale droite correspondante. — Radiographie. (Voir planche III.)*

Eugène Cond..., trente-neuf ans, mouleur, entre le 6 mai 1900.

Père mort à soixante-dix ans d'une pleurésie. Mère

morte à soixante-huit ans d'affection indéterminée. Un frère mort d'accident. Une sœur morte d'affection inconnue. Célibataire. Jamais de maladie vénérienne. Avoue des habitudes alcooliques : buvait régulièrement de l'absinthe, de l'eau de vie et 1 à 2 litres de vin. Jusqu'à ces cinq dernières années il s'était toujours bien porté. Jamais d'affections sérieuses ; jamais de rhumatisme articulaire. Il y a cinq ans, il commença à éprouver des sensations anormales et pénibles dans la région précordiale. Il toussait et eut des crachements de sang. Depuis lors il était très souvent fatigué, éprouvait des palpitations, était très facilement essoufflé. Il toussait assez souvent ; à plusieurs reprises, il a encore craché du sang. L'an dernier, il eut les jambes enflées. Depuis cette date il n'a plus eu que de l'œdème léger, véséral, des pieds, les jours où il avait marché davantage. Pas de troubles digestifs.

Actuellement :

Le facies du malade est rouge ; les lèvres sont cyanosées ; il existe une teinte cyanique des mains.

Pas d'œdème des membres inférieurs, ni d'œdème *pulmonaire*. Abdomen souple sans ascite. Le foie est volumineux et douloureux. Sa matité commence en haut dans le cinquième espace et déborde en bas de trois travers de doigt le rebord costal : on le sent à la palpation.

Cœur : à l'inspection, soulèvement visible de la paroi, battements épigastriques, voussure précordiale. La pointe bat dans le cinquième espace, à trois travers de doigt au-dessous du mamelon et en dehors de la ligne mamelonaire. A la percussion : augmentation verticale et transversale de matité. A la palpation légère, frémissement présystolique et vibration systolique dure.

A l'auscultation : A la pointe, léger roulement diastolique et souffle systolique se propageant dans l'aisselle.

Dédoublement du second bruit. A l'orifice tricuspïdien et dans les troisième et quatrième espaces intercostaux, vers le bord gauche du sternum, on perçoit un souffle diastolique assez intense. En outre, il existe là un léger souffle systolique doux. Rien à l'auscultation dans le second espace intercostal droit.

Le pouls est régulier, assez fort et ample, 88. Les veines du cou sont congestionnées, présentent du reflux et sont animées d'un double soulèvement présystolique et systolique. Pas de double souffle de Durozier. Pas de pouls capillaire unguéal.

Aux poumons : en avant, à droite, submatité avec exagération des vibrations. Obscurité respiratoire ; expiration un peu soufflante. Retentissement de la voix. A gauche : sonorité conservée, plutôt exagérée. Respiration ample, quelques sibilances. En arrière, pas de modification du son ni de la respiration en aucun point.

Expectoration muqueuse (presque nulle) avec quelques stries purulentes ; température normale (37°4).

Urines : beaucoup d'albumine.

14 juin. — Urine ne contient plus d'albumine.

19 octobre. — La pression artérielle est seulement de 10 à 11.

14 décembre. — Traces d'albumine. Pression artérielle, basse : *matité prévertébrale droite*. Pas de souffle tricuspïdien. Souffle systolique à la pointe.

3 janvier 1901. — Au creux épigastrique, battements énergiques, présystoliques et systoliques, souffle tricuspïdien intense se propageant le long du bord du sternum, mais non dans les vaisseaux du cou. La pointe n'est pas déplacée ; à son niveau, le souffle est très peu intense et se propage peu dans l'aisselle.

7 janvier. — Pouls veineux. *Matité prévertébrale droite*. Obscurité respiratoire à la base droite.



Radiographie du Dr DESTOT.

Cond. — Double lésion mitrale compliquée d'insuffisance aortique. *Matité paravertébrale persistant indépendamment des poussées de dilatation passagère* de l'oreillette et tenant vraisemblablement au *refoulement* de l'oreillette, conséquemment à l'hypertrophie ventriculaire gauche.

OBSERVATION IV

Diagnostic : *Rhumatisme polyarticulaire à répétition. Cardiopathie valvulaire : rétrécissement mitral net. — Gros cœur : insuffisance aortique? ou péricardite adhésive. — Aucun signe objectif de la maladie de Corrigan, seulement de la matité paravertébrale droite (Radiographie.)*

Mathieu Pr., trente-deux ans, terrassier, salle Sainte-Jeanne, lit n° 1.

Bonne santé habituelle. Rien dans ses antécédents héréditaires.

Résumé des observations antérieures : 1^{er} séjour, 28 décembre 1898.

Il y a huit ans, il commença à éprouver des douleurs rhumatismales dans les membres inférieurs et supérieurs. Il fit alors pour ces douleurs un séjour de quatre mois à l'hôpital de Bourg.

On n'aurait alors rien noté au cœur.

Il y a trois ans, il commença à éprouver de la dyspnée d'effort et des palpitations.

Il entre à l'hôpital pour ces phénomènes cardiaques.

On constate alors :

Au cœur : pointe dans le 6^e espace.

Souffle systolique à la pointe, à propagation axillaire. A la base, souffle doux au 1^{er} temps, maximum dans le 2^e espace intercostal gauche.

Le pouls est régulier, fort.

Rien au poumon.

Urine, pas d'albumine.

Décembre, 1898. Bronchite généralisée, submatité au sommet gauche. Matité paravertébrale droite.

Janvier 1899. — Au cœur : frémissement cataire présystolique et dédoublement du 2^e bruit.

Le malade quitte le service le 2 mars 1899.

Nouveau séjour en mai 1899 et jusqu'au 23 octobre.

Le malade entre avec une crise d'asystolie, d'ailleurs légère. Cœur rapide et irrégulier.

Pointe dans le 6^e espace. Frémissement présystolique, souffle systolique. Battements épigastriques. Le foie est gros et douloureux, déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Pas d'œdème. Signes de bronchite.

23 août. — Le malade part pour Longchêne. Tachycardie arythmique.

Nouveau séjour du 27 novembre 1899 jusqu'au 27 février 1901.

Toujours mêmes troubles fonctionnels (palpitations, dyspnée, expectoration bronchitique, toux, pas d'œdème ni d'ascite).

Au cœur : hypertrophie nette, impulsion énergique de la pointe.

Battements énergiques du cœur droit.

A l'auscultation : bruits inégaux, accélérés, irréguliers, roulement diastolique, souffle présystolique et systolique. Claquement exagéré des valves de la mitrale.

Exagération du 2^e bruit pulmonaire.

Pouls veineux cervical. Reflux hépato-jugulaire.

Râles de bronchite généralisée des deux côtés.

Quelques râles humides à la base droite.

T. = 38 degrés.

Urine : albumine.

5 décembre 1899. — Embolie pulmonaire. Crachats hémoptoïques, douleur à début brusque, dyspnée.

28 novembre. — Galop, œdème des bases.



Radiographie du Dr DESTOT.

Mathieu P... — Grosse matité paravertébrale droite par dilatation très accusée des cavités droites, aussi refoulées par suite d'une grosse hypertrophie ventriculaire gauche. La matité paravertébrale *absolue* dépassait de trois gros travers de doigt la ligne médiane. Abolition complète des vibrations thoraciques à ce niveau, avec conservation du murmure vésiculaire. A remarquer la *forme triangulaire* de la zone sombre de projection cardiaque, indice très vraisemblable d'une symphyse cardiaque.

14 décembre. — Matité paravertébrale droite persiste.

Traces d'albumine.

A la pointe : le dédoublement persiste, le 2^e bruit est soufflé. Le dédoublement est perçu à gauche de l'appendice xiphoïde. Le 2^e ton à la base est râpeux et prolongé.

Le foie est sensible. Signe de Rondot.

Pas d'albumine.

19 décembre. — Diminution de la matité paravertébrale.

22 décembre. — Disparition de la matité. La respiration s'entend très bien des deux côtés.

25 décembre. — Le malade ayant bu subitement un demi-litre d'absinthe a été trouvé près de la salle dans un état comateux menaçant.

Une infusion d'eau tiède a provoqué un vomissement très abondant, et, après entière restitution, son état s'est sensiblement amélioré. Le cœur est toujours hyperexcité.

2 janvier 1901. — Digitale, 0,40. Souffle systolique prolongé, bien propagé. Dédoublement du 2^e bruit. Un peu d'arythmie.

12 janvier. — Céphalée, dysphagie, un peu d'oppression, vomissement.

Sibilances disséminées, le sommet droit respire mal.

Expectoration mucopurulente et salivaire assez abondante.

T. = 38°2.

17 janvier. — Tousse beaucoup la nuit. T. = 37°5.

Encore quelques sibilances.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le professeur Teissier.

Diagnostic : *fièvre typhoïde-ambulatoire, hémorragie intestinale. Mort : Myocardite avec légère dilatation de l'oreillette droite.*

Marie M., vingt-six ans, corsetière, quatrièmes Femmes n° 19, entrée le 15 décembre, morte le 17 décembre 1900.

Résumé de l'observation : fièvre typhoïde-ambulatoire, entrée au troisième septenaire (diarrhée, ballonnement du ventre, taches rosées, splénomégalie, état typhique, température élevée, etc.).

Le 17 décembre, hémorragie intestinale abondante. Mort.

Autopsie. — Ulcérations intestinales typhiques. Rate grosse. Foie gras, un peu hypertrophié.

Les poumons présentent de la congestion des bases.

Les reins sont pâles.

Le cœur est un peu pâle, diminué de consistance. Il existe une dilatation sensible de l'oreillette droite. Cette dilatation a été bien mise en évidence sur la table d'amphithéâtre, avant l'ouverture du cadavre, par la percussion qui a montré l'existence d'une zone de matité paravertébrale droite, et par l'exploration avec des fiches métalliques (voir schéma, n° 2, p. 22).

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le professeur Teissier.

Diagnostic : *Asystolie. Rétrécissement mitral. Légère dilatation des cavités droites. Insuffisance tricuspide. Reflux hépato-jugulaire. Emphysème. Infarctus pulmonaire. Débordement de l'oreillette droite masqué par un fort degré d'emphysème, mais révélé par l'examen radioscopique et confirmé par l'autopsie.*

Sophie B., soixante-treize ans, sans profession, entrée le 7 décembre 1900, morte le 17 décembre 1900. Salle quatrièmes Femmes, lit 30.

Pas de maladie sérieuse antérieure, sauf quelques douleurs rhumatismales vagues dans les membres supérieurs, il y a une dizaine d'année.

Réglée régulièrement de 15 à 52 ans. Depuis six mois douleurs passagères au niveau de la région hépatique, sans ictère.

Depuis trois mois, quelques phénomènes douloureux épigastriques irradiés vers la région dorsale, sans autre trouble digestif.

Depuis la même époque, l'essoufflement déjà noté depuis quelque temps, surtout à la montée des escaliers, s'accompagne de palpitations ; la malade est habituellement constipée et a de la tendance au sommeil après les repas. Depuis quelque temps œdème des jambes. Actuellement, la malade tousse assez fréquemment ; crachats purulents ; dyspnée assez marquée avec légère cyanose, œdème pérिमalléolaire et pré tibial, oligurie.

Au cœur : La pointe bat dans le cinquième espace sur la ligne médiane, avec un léger thrill présystolique. Pas de matité paravertébrale appréciable, sans doute à cause de

l'emphysème, mais la radiographie pratiquée dénote un large débordement de l'oreillette à droite de la colonne vertébrale. On entend un roulement présystolique, une accentuation notable de deux bruits surtout au foyer pulmonaire, un dédoublement inconstant, les battements sont arythmiques. Pouls radial dur, tendu, intermittent, irrégulier, inégal, à 100. Pas de pouls veineux, mais turgescence des jugulaires avec léger reflux hépato-jugulaire. Battements épigastriques et hépatiques.

Foie un peu gros, dur, à bord inférieur irrégulier, comme bosselé, langue saburrale.

Thorax emphysémateux, sonore. Ronchus disséminés, râles muqueux aux deux bases, un peu d'égophonie et de respiration soufflante à la base gauche.

On donne à la malade de la digitale.

Température normale. Urines 1300 centimètres cubes. Albuminurie assez considérable.

18 décembre. — Hémoptysie assez considérable, léger point de côté à la base droite. Pas de souffle tricuspideen. Comma, incontinence des sphincters, dyspnée avec asphyxie, mort.

19 décembre. — *Autopsie*. Gros cœur, 380 grammes; dilatation des cavités droites et de l'artère pulmonaire, dilatation de la crosse aortique.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Roque.)

Diagnostic : *Insuffisance et rétrécissement mitraux, insuffisance et rétrécissement aortiques.*

Emilie M..., trente-deux ans, ménagère, entrée le 3 janvier 1901., lit n° 32, quatrièmes Femmes.

Rien dans ses antécédents.

Antécédents personnels. — Rougeole et scarlatine dans l'enfance, réglée à seize ans,

Mariée, son mari a eu une bronchite, ont eu cinq enfants, dont quatre morts en bas âge.

Il y a sept ans, elle eut une bronchite violente avec expectoration sanglante, à la suite d'un accouchement.

Il y a deux ans, après sa dernière couche, elle eut une attaque de rhumatisme qui la tint au lit pendant trois semaines et nécessita un mois et demi de convalescence; à ce moment la plupart des articulations furent prises tour à tour.

Depuis cette époque elle ne s'est jamais bien portée.

Dès sa convalescence elle s'aperçut qu'elle était essoufflée dans la marche rapide, les efforts.

L'an dernier, durant trois semaines, l'oppression devint assez vive pour demander un repos de trois semaines.

Depuis deux ans elle s'enrhume facilement.

Cet été elle eut une petite poussée rhumatismale du côté du pied gauche, qui était enflé et douloureux, à ce moment l'oppression augmenta.

Actuellement elle vient à l'hôpital pour sa dyspnée, qui a augmenté et l'empêche de dormir depuis trois mois.

On se trouve en présence d'une femme normalement développée ne présentant pas de facies spécial.

Elle a un peu de dyspnée au repos. Elle n'accuse comme signes fonctionnels que des envies de dormir, un peu de perte de l'appétit, elle ne tousse pas.

Pas de dyspnée paraxystique. Pas de phénomènes douloureux dans la région précordiale.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace, sous la ligne mamelonnaire.

Elle ne se déplace pas dans les mouvements de la malade. Nombreuses irrégularités.

La matité précordiale n'est pas sensiblement augmentée. A la palpation, léger thrill systolique.

Auscultation : Arythmie non régulière, tachycardie 132, toutes les pulsations sont transmises au poulx.

Il semble exister un souffle systolique à la pointe ; on l'entend bien dans l'aisselle et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Au niveau du troisième espace intercostal gauche existe un frottement qui paraît systolique.

Poumons. — Diminution de sonorité dans les fosses sus et sous-épineuses droites et en avant sous la clavucule correspondante. A ce niveau, la respiration est très diminuée d'intensité, l'expiration un peu prolongée, pas de râles. Les vibrations y semblent un peu augmentées.

Tube digestif. — Langue un peu saburrale, perte de l'appétit.

Le foie est abaissé dans sa totalité, il déborde les fausses côtes.

Nombreuses varices aux membres inférieurs.

La rate est normale.

Les urines ont ces derniers temps beaucoup diminué de quantité, elles renferment un disque notable d'albumine.

Poulx = 9 battements.

Matité paravertébrale droite, au niveau du septième espace intercostal droit.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Roque.)

Diagnostic : *Insuffisance et rétrécissement mitraux, insuffisance et rétrécissement aortiques.*

Annette C..., quarante ans, ménagère, lit n° 13, deuxième -

mes femmes, entrée le 15 janvier 1901, morte le 16 avril 1901.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, réglée à seize ans, a eu trois enfants, un seul vivant, les autres morts en bas âge.

Jamais de rhumatismes ni d'éthylisme, et n'en présente pas les stigmates.

Il y a six mois, sans cause, apparaît de l'œdème des membres inférieurs, œdème bilatéral remontant au-dessus des mollets. La malade souffrait et ne pouvait marcher sans douleurs.

Environ trois semaines après la disparition de cet œdème, elle se réveille brusquement, une nuit, en proie à une extrême oppression: il lui sembla qu'elle étouffait. Cette oppression dura toute la nuit et se renouvela souvent depuis.

De cette époque date un essoufflement constant dans la marche et l'effort, mais se manifestant surtout la nuit.

A ces troubles s'est ajoutée une perte complète de l'appétit.

La malade tousse depuis quelques jours sans expectoration.

Examen physique. — Malade bien constituée, dit n'avoir jamais rien remarqué d'anormal chez elle jusqu'à ce jour, et, étant jeune, avoir pu courir avec ses compagnes sans fatigue ni essoufflement.

Au cœur, à la palpation, la pointe bat dans le sixième espace, presque dans l'aisselle; frémissement présystolique; *à la percussion,* matité paravertébrale droite, au niveau du sixième espace intercostal.

A l'auscultation, souffle présystolique et systolique. Le premier est soufflant et rude, le second doux et aspiratif. Ils se propagent dans l'aisselle et dans le dos.

A l'aorte, dans le 2^e espace intercostal droit, le 2^e bruit est soufflant et rude : ce souffle se propage dans les vaisseaux du cou.

Pouls petit, sans caractère spécial, il bat à 112.

Aux poumons, respiration 44 à la minute au repos, quelques râles muqueux aux deux bases.

Au sommet droit, submatité dans la fosse sus-épineuse, légère exagération des vibrations. Après la toux, râles sous-crépitants à la fin des grandes inspirations. Au même niveau, retentissement de la toux et de la voix.

Rien au sommet gauche.

Foie non augmenté de volume.

Langue bonne, pas de troubles gastriques, sauf l'inappétence.

Selles normales.

Léger œdème des membres inférieurs.

Urines, léger disque d'albumine.

Température, 38°.

18 janvier. — Double souffle crural de Durozier.

Expiration prolongée du côté droit : à ce niveau, quelques râles à la fin des grandes inspirations.

Retentissement de la toux et de la voix au sommet droit en arrière.

7 février. — L'aorte dépasse le sternum à droite d'un travers de doigt.

Il existe encore mais peu marquée, *un peu de submatité à droite, le long de la colonne, vers les 6^e et 7^e vertèbres dorsales.*

Plus de congestion du sommet droit.

Reflux jugulaire, souffle systolique à la tricuspide.

11 février. — La malade accuse toujours des phénomènes angoissants extrêmement intenses, nocturnes seulement.

OEdème des membres inférieurs.

1/2 cg. de chl. de morphine avait amené une cessation des phénomènes angoissants.

6 mars. — Depuis le début du mois, les phénomènes dyspnéiques angoissants nocturnes ont réapparu.

Ce matin, le pouls est incomptable, petit, file sous les doigts.

Au cœur 180, affolé, les bruits anormaux cardiaques ont disparu.

Un peu d'œdème, surtout marqué à la jambe droite.

8 mars. — Sous l'influence de la digitale, le cœur est très ralenti : 120. Pouls, 106.

Elle n'a pas eu de nouveaux accès de dyspnée.

Les signes cardiaques commencent à reparaitre.

11 mars. — Toujours un peu d'angoisse respiratoire la nuit, le cœur est bien plus calme.

Matité paravertébrale droite.

Râles au sommet droit.

13 mars. — Elle a eu la nuit dernière une dyspnée extrêmement vive.

Ce matin, cœur : 140.

Le foie est gros, les œdèmes des jambes réapparaissent.

16 mars. — Cœur arythmique.

Double souffle à la pointe.

A l'aorte, souffle diastolique éclatant.

L'aorte est dilatée, matité augmentée.

Pouls irrégulier, 140.

16 avril. — La malade a eu quelques frissons il y a deux jours. Pas de points de côté, mais depuis elle tousse et a une expectoration assez abondante. La peau est chaude. A la base, quelques râles; au sommet, souffle tubaire.

17 avril. — La malade est très dyspnéique : on entend à distance de gros râles trachéaux. Les extrémités sont froides.

Mort.

Autopsie. — Le cœur est hypertrophié et pèse 520 grammes. L'hypertrophie porte à la fois sur les cavités droite et gauche. On trouve l'oreillette droite couchée dans l'angle costo-vertébral, à droite de la colonne dorsale.

A l'orifice aortique il n'y a pas de rétrécissement, mais les sygmoïdes sont indurées et raccourcies. On trouve à la surface des trois valvules des végétations endocarditiques, surtout au niveau du bord libre. Les valvules sont insuffisantes à l'orifice mitral.

L'aorte est dilatée, athéromateuse.

Les poumons : *droit*, hépatisé, de couleur rouge foncé, il ne crépite plus et tombe au fond du vase ;

Gauche, le lobe inférieur est dense, de coloration lie de vin, il crépite mal et ne reste pas à la surface.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Roque.)

Diagnostic : *Myocardite sénile, dilatation et hypertrophie du cœur, congestion du sommet droit.*

Antoinette B..., soixante et onze ans, sans profession, deuxièmes femmes, n° 3, dernière entrée à l'Hôtel-Dieu le 5 octobre 1900, morte le 26 février 1901.

Premier séjour à l'hôpital du 23 juillet 1900 au 9 août 1900
Rien dans ses antécédents.

La malade se plaint d'une oppression durant depuis de longues années et de douleurs d'estomac et dans les reins datant de trois semaines.

Bonne santé pendant l'enfance. Pas de fièvres éruptives, pas de rhumatisme.

Réglée à treize ans régulièrement.

Vers l'âge de quarante ans, à la suite d'une chute dans une cave, elle aurait eu un rhumatisme articulaire guéri au bout de trois mois.

Depuis des années (trente ans peut-être) les jambes sont enflées.

Parfois la malade accuse des palpitations du cœur. Elle a une dyspnée très forte quand elle marche ou quand elle monte l'escalier.

Depuis trois semaines, douleurs au creux épigastrique et douleurs de reins.

Actuellement, la malade est un peu obèse, teint pâle, dyspnée de moyenne intensité.

Aux poumons, un peu de submatité et d'exagération des vibrations à la base gauche en arrière.

Quelques râles de congestion à ce niveau, respiration un peu soufflante.

Le cœur est régulier. La pointe bat dans le cinquième espace, un peu en dehors du mamelon. Souffle mésosystolique se propageant dans l'aisselle. On trouve aussi ce souffle en se dirigeant vers la base. Il s'affaiblit rapidement et est diminué dans l'inspiration. Pas de galop. Le pouls est sans tension à 100, assez irrégulier, cœur à 100 aussi, irrégulier.

Léger œdème des jambes.

Urine : pas d'albumine.

On administre à la malade de la digitale (0,40 cent. par jour), on la supprime au bout de deux jours.

2 août. — Après un repos de huit jours, la malade dit aller mieux, mais elle est toujours essoufflée; les lèvres sont très cyanosées.

La respiration est à 45, régulière.

Le choc du cœur est mal localisé, mais il n'y a plus de souffle. Les artères sont moyennement athéromateuses.

2^e séjour à l'Hôtel-Dieu du 16 août à 30 septembre 1900.

La malade rentre très essoufflée, les jambes et les mains sont très enflées, les lèvres sont cyanosées.

Le poulx est très petit.

Le cœur bat à 124, il est faible, pas de souffle.

Pas d'amélioration par la digitale. On lui donne de la théobromine. La malade est moins oppressée, mais elle se plaint d'un violent mal de tête.

Pas de poulx veineux, pas d'ascite, le foie n'est pas volumineux, pas d'œdème des bases du poumon, le cœur est à 92.

Troisième et dernier séjour à l'Hôtel-Dieu depuis le 5 octobre 1900.

La malade rentre dans le service, très affaiblie.

Dyspnée violente (orthopnée); œdèmes des jambes et des pieds, douleurs vives dans les reins.

Les urines sont foncées, chargées de dépôt calcaire, elles présentent un disque d'albumine compact, mais mince.

Au cœur il est difficile d'entendre les bruits, la respiration haletante les couvrant. On ne peut guère entendre que le deuxième. Les battements sont assez forts, mais très irréguliers, et par moments par salve. Pas de galop.

Le poulx est dépressible, rapide, 108, irrégulier, avec intermittences et faux pas.

Aux poumons : rien à droite; à gauche, râles fins nombreux à la fin de l'inspiration. Pas de souffle.

Le foie descend à 3 travers de doigt au-dessous des fausses-côtes, il est très douloureux.

16 octobre. — Le cœur bat à 152, la dyspnée est extrême.

17 octobre. — On donne à la malade de la digitaline.

18 octobre. — Le cœur est presque régulier (88), toutes les systoles se transmettent au poulx.

8 novembre. — Depuis cinq jours, la malade est très

dyspnéique. Son cœur bat à 128, il présente des irrégularités transmises au pouls.

Aux bases des poumons on entend quelques râles de congestion, à la base gauche se fait entendre un frottement pleural. Le foie est gros.

28 novembre. — La malade est cyanotique et la dyspnée est très grande, 44 respirations, pas de Scheyne-Stokes.

P. = 104.

Léger souffle systolique de la pointe. Le cœur est irrégulier, les bruits sont faibles.

Aux poumons, on entend des râles de congestion à la base.

7 janvier 1901. — La malade présente toujours une teinte subcyanotique. Le moindre effort détermine une vive dyspnée.

La pointe du cœur n'est pas limitable. L'arythmie est en salves. Tachycardie, 120. On perçoit un souffle méso-systolique dans la région méso-cardiaque.

Légères déformations, sans type régulier, des doigts aux deux mains. Craquements dans le poignet droit.

Plaques de purpura à l'abdomen, à la partie sous-ombilicale.

Le foie est toujours gros.

La base gauche présente des bouffées de râles fins.

Au pouls, la tension est à 12.

28 janvier. — La malade est toujours très dyspnéique.

Hydrothorax de deux côtés, plus marqué à la base gauche.

Grand œdème des jambes.

Pouls irrégulier, 124.

29 janvier. — La malade a déliré toute la nuit.

Sous l'influence d'un milligramme de digitaline, le pouls est devenu plus régulier.

Purpura en petites taches disséminées un peu partout.

Matité en arrière le long de la colonne, vers la huitième côte, de trois travers de doigt. Pas de signes de dilatation des cavités droites en avant.

Les signes de l'hydrothorax ont diminué.

Œdème des jambes toujours intense.

1^{er} février. — Sous l'influence de la digitaline son état s'est amélioré, l'asystolie a disparu, les œdèmes ont diminué, à la percussion *la matité paravertébrale droite est moindre.*

Autopsie le 26 février 1901.

A l'ouverture du thorax, on trouve une petite quantité de liquide dans les deux plèvres, ainsi que dans le péricarde.

Au poumon gauche, un peu de congestion à la base.

Au poumon droit, congestion et œdème dans toute l'étendue du poumon aussi bien au sommet qu'à la base. Le lobe moyen semble être le moins atteint.

Le cœur est hypertrophié et dilaté dans son ensemble, surtout l'oreillette droite. Elle est remplie de caillots.

La valve interne de la mitrale présente de petites plaques, ainsi que l'aorte thoracique.

Le myocarde se laisse facilement déchirer.

Au niveau des piliers de la mitrale, du tissu de sclérose a remplacé le muscle.

Sur le cœur droit, trois plaques laiteuses de péricardite ancienne.

Foie muscade. Le vésicule contient deux calculs, un libre, l'autre enchâtonné dans le canal cystique.

Les reins sont congestionnés.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Roque.)

Diagnostic : *Myocardite*. — *Albuminurie*. — *Syndrome de Basedow*. — *Hydrothorax droit*.

L... Marguerite, soixante-cinq ans, ménagère, entrée

le 11 mars, morte le 14 avril 1901.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche dans l'enfance. Régée à quatorze ans, ménopause à cinquante et un an. Mère morte à quarante-six ans de la poitrine ; 7 enfants, 1 seul vivant. Les 6 autres sont morts, 3 en nourrice, 1 de convulsions, 2 de maladies de cœur et hydropisies.

Toujours bonne santé.

Elle est malade déjà depuis trois ou quatre hivers ; à ce moment-là, elle était essoufflée et toussait beaucoup.

Actuellement, elle vient pour de l'oppression et de l'œdème des jambes : cet œdème a débuté il y a environ trois mois, et est arrivé peu à peu au point où il en est actuellement. Elle est essoufflée au moindre effort, au repos elle a même de la peine à avoir sa respiration. Elle tousse un peu par quintes, expectore des crachats peu abondants, purulents.

Elle a conservé l'appétit, elle a quelques envies de vomir, elle est habituellement constipée.

A l'examen physique : elle a un fort œdème des membres inférieurs, qui remonte jusqu'à la partie inférieure de la paroi abdominale qui est également œdématiée.

Poumons : matité à la base droite en arrière ; ailleurs, sonorité normale, plutôt exagérée.

Auscultation. — Obscurité complète à la base droite. Dans les deux poumons, le murmure est très diminué.

L'expiration est un peu prolongée. Un peu partout on a de gros râles et quelques sibilances. Pas de souffle. Ces signes prédominent à la base gauche.

Cœur. — Pointe déviée dans le cinquième espace, en dehors de la ligne mamelonnaire. Les bruits sont irréguliers et présentent surtout des altérations de rythme (arythmie en salves).

A la pointe on compte 120, au poulx 108.

Ce dernier est petit, sans tension.

Impulsion forte du cœur.

Aux différents orifices les bruits sont sourds, mais pas de souffle.

Les jugulaires sont saillantes, pas de vrai poulx veineux.

Danse des carotides : battements dans presque toute la région du cœur.

L'abdomen ne semble pas présenter d'ascite. Le foie est gros, douloureux, dépasse de quatre travers de doigt les fausses côtes.

La langue est un peu saburrale

Elle n'accuse pas de céphalées, mais insiste sur l'état d'énervement constant dans lequel elle se trouve.

Un peu de tremblement des doigts.

Le regard est un peu étrange, les yeux ont un éclat anormal.

Le corps thyroïde n'est pas hypertrophié, mais le lobe gauche est plus dur que normalement.

Matité paravertébrale droite au niveau de la septième vertèbre dorsale.

Les urines contiennent un léger disque d'albumine.

Elle aurait eu du goitre étant jeune, il a complètement disparu (à l'âge de quatorze ans).

15 mars. — Le poulx est toujours irrégulier, sans tension et bat à moins de 100. Le cœur à 140.

Cyanose très marquée.

Etat somnolent et obnubilation cérébrale.

16 mars. — Poulx 120, un peu meilleur comme tension, toujours irrégulier. Cœur 128.

18 mars. — Sous l'influence de deux doses de 0 gr. 0005 de digitaline, le poulx est presque égal aux battements cardiaques. Il a repris une tension notable.

L'exophtalmie a diminué.

L'œdème est moins dur.

19 mars. — La malade a subdéliné toute la nuit.

Pouls irrégulier, moins bon qu'hier. La cyanose est plus marquée. Cœur : 112. Toujours arythmique.

20 mars. — Arythmie en salve.

Pouls : 96. Cœur : 120.

Toujours subdéliné.

Elle est un peu moins cyanosée ce matin.

Matité paravertébrale à droite, extrêmement marquée.

Congestion du sommet droit.

23 mars. — La cyanose est moins accentuée ce matin.

Le pouls est moins irrégulier. Elle a toujours du subdéliné.

26 mars. — Toujours même état.

Autopsie. — Cœur couché horizontalement au-devant de la colonne vertébrale, à grand axe horizontal. La ligne médiane le divise en deux parties égales, et l'oreillette droite refoulant le hile du poumon vient se loger dans l'angle costo-vertébral.

Une fiche enfoncée dans le cinquième espace intercostal droit, à 3 centimètres de la colonne, a traversé l'oreillette droite qui est très dilatée.

Le poumon gauche pèse 800 grammes ; le poumon droit 650 ; il est atrophié, refoulé en dehors par l'oreillette très dilatée. Il est très congestionné, autant à la base qu'au sommet, presque bleuâtre, laissant sourdre du sang noir.

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Roque.)

Diagnostic : *Insuffisance et rétrécissement mitraux, hystérie.*

Madeleine O. ., quarante-six ans, blanchisseuse, entrée le 18 octobre 1900, morte le 2 février 1901.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été très nerveuse (sensation de boule, perte de connaissance, pleurs abondants au réveil). Les crises reviennent trois ou quatre fois par semaine.

Réglée à onze ans régulièrement.

Mariée à vingt-quatre ans, deux enfants morts, l'un peu après sa naissance, l'autre à vingt-sept mois.

La malade dit avoir été bien portante jusqu'à trente ans.

Il y a huit ans, elle aurait fait un séjour à l'Hôtel-Dieu pour une affection abdominale mal caractérisée; quinze jours après sa sortie, elle prit un rhumatisme généralisé à toutes les jointures, et resta au lit un mois. Rechute l'année suivante, moins violente.

Depuis six mois, sensation fréquente de palpitations surtout la nuit. Douleurs ayant quelquefois le caractère d'angor.

Oedème des jambes, il y a deux mois, qui a diminué beaucoup.

Actuellement la malade est agitée. Zone hystéro-gène très nette. Hémianesthésie imparfaite. Anesthésie cornéenne et pharyngée.

De plus, elle est alcoolique, elle l'avoue elle-même.

Au cœur, 164 pulsations.

La pointe bat dans le sixième espace, mais pas déjetée en dehors. A la main, frémissement présystolique.

A l'auscultation, bruits précipités et violents avec des irrégularités, pas de souffle. Dédoublement inconstant du deuxième bruit. Jugulaires turgescents.

Aux poumons, sonorité normale et plutôt exagérée. Inspiration rude et courte, expiration prolongée avec quelques râles : ces bruits sont plus marqués à droite, où on les entend jusqu'au sommet.

Foie volumineux.

Œdème remontant jusqu'aux genoux.

Urine : pas d'albumine.

22 octobre 1900. — Cœur toujours irrégulier, mais ralenti, 100.

27 octobre. — Léger roulement présystolique, inconstant ; pas de frémissement.

13 décembre. — Frémissement systolique sur toute la surface précordiale.

Bruit frémissant systolique, légèrement piaulant. Œdème jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen. Subdélirium.

18 décembre. — Plus de délire, pouls faible.

5 janvier 1901. — Sous l'influence du régime lacté, la tachycardie a diminué, Pouls : 108.

Ronflement systolique prédominant à la pointe. Dans l'aisselle, ce ronflement prend nettement les caractères d'un souffle.

Un peu d'ascite. Liquide dans les deux bases. Léger disque d'albumine.

30 janvier. — Œdème généralisé : membres inférieurs, bras, face.

Délire, cyanose des extrémités.

Au sommet droit, signes d'induration.

Retentissement de la toux et de la voix ; expiration prolongée et gros ronchus prédominant à ce niveau.

Dilatation des jugulaires et pouls veineux.

Recherche de la dilatation des cavités droites : les signes fournis sont négatifs en avant, où la percussion ne donne que de la sonorité dans la zone correspondant à l'oreillette. *En arrière de la 6^e et de la 7^e dorsale, sur trois ou quatre travers de doigt, on a une diminution très nette de la sonorité.*

Existence d'un œdème énorme et d'une ascite considérable avec congestion hépatique et battements nets à la palpation.

Autopsie. — Dans la cage thoracique : pas de liquide dans les plèvres, atélectasie du lobe inférieur gauche.

Au poumon droit : infarctus du volume d'une petite noix autour de ce point, congestion et œdème.

Le lobe inférieur est également œdématié et congestionné.

Poumon gauche. , . . . 350 grammes

— droit 570 —

Abdomen. — Ascite, liquide clair, citrin, 6 à 7 litres ; pas d'inflammation péritonéale.

Foie congestionné. — Très muscade à la coupe et un peu graisseux : 1650 grammes.

Rate. — 180 grammes, rien d'anormal.

Reins. — Un peu granuleux à leur surface, la capsule s'enlève facilement, pèsent chacun 175 grammes.

Cœur. — Hypertrophié et dilaté dans sa totalité, 650 grammes, le myocarde est assez consistant, pas de traces de péricardite ancienne ou récente. Une plaque d'athérome sur la crosse de l'aorte.

Il existe de la sclérose avec noyau d'athérome sur la partie médiane des trois sigmoïdes aortiques, sur les valves

athéromateuses existent de petites végétations de la grosseur d'un grain de semoule, qui semblent récentes.

Les valves de la mitrale sont indurées et soudées, et forment un orifice qui laisse à peu près passer deux doigts.

Cet orifice est sur son pourtour bordé de petites végétations de même dimension que celles trouvées sur l'aorte.

Pas de débris de cordages tendineux pouvant expliquer le bruit systolique piaulant que l'on percevait.

Rien à signaler dans le cœur droit : l'oreillette de ce côté-là était dilatée, mais moins que la gauche.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Mouisset, médecin
des Hôpitaux.)

Résumé :

Louis M., cinquante-quatre ans, tisseur, entré à l'Hôtel-Dieu le 18 mars 1901.

Depuis vingt-cinq ans, troubles respiratoires, dyspnée, bronchite. (Bacillose probable ?)

En 1900, affection grave avec cyanose, crachats hémoptoïques (infarctus ?). Actuellement : forme tardive de la maladie bleue.

Emphysème pulmonaire. Bronchite prédominante à droite. *Matité paravertébrale à droite.* (Signes cavitaires au sommet ?) Anasarque. Cyanose généralisée. Insuffisance mitrale et tricuspide, pouls veineux, foie cardiaque.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Les antécédents personnels sont peu nets. Cependant, il ne semble jamais avoir fait d'excès alcoolique. Il n'est pas

marié, a fait son service militaire et ne se souvient pas avoir souffert jusqu'à trente ans.

Vers cet âge, il commence à être essoufflé, les moindres efforts lui étaient très pénibles, et fréquemment il était obligé d'interrompre son travail. Cet essoufflement a toujours été en augmentant.

D'autre part, il dit s'enrhumer très fréquemment l'hiver ; il a déjà présenté les mêmes symptômes que ceux qui l'amènent actuellement à l'hôpital. Il est resté cinq ou six jours cyanosé et a dû garder le lit pendant tout ce temps. Il était très essoufflé et présentait des crachats rouges foncés.

A son entrée, le malade présente un état de cyanose très accentué, le visage a une teinte bleue noirâtre intense. Le nez surtout, la langue et les oreilles sont extrêmement colorées.

Au cœur, la pointe bat dans le sixième espace, sur la ligne mamelonnaire. Souffle systolique à la pointe, se propageant vers l'aisselle et ne présentant pas une intensité nouvelle à l'appendice xiphoïde.

Pas d'arythmie. Pouls : 120. Les jugulaires sont très dilatées et présentent à droite un vrai pouls veineux.

Anasarque. Le foie déborde un peu les fausses côtes.

Aux poumons, sous la clavicule droite, submatité ; à l'auscultation, souffle creux uniquement inspiratoire. Rien d'anormal à gauche. En arrière, à droite, *matité le long de la colonne sur une étendue de quatre travers de doigt à partir de l'insertion de l'épine de l'omoplate* ; la respiration est emphysémateuse, elle s'entend dans toute l'étendue des poumons, mais elle est plus obscure à droite. Dans la fosse sus-épineuse, l'inspiration est soufflante, sans bruit de gargouillement et, à ce niveau, la sonorité est moindre que du côté opposé.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

23 mars. — Pouls = 112. La pointe bat en dehors de la ligne mamelonnaire.

27 mars. — L'œdème persiste. Urines rares, sans albumine. La cyanose est un peu plus marquée. Subdélire dans la nuit.

Expectoration muco-purulente abondante. Râles muqueux aux bases.

Autopsie. — Il y a un demi-litre de liquide environ dans chaque plèvre.

Adhérences aux deux poumons, surtout à droite, du côté de la plèvre diaphragmatique.

A la coupe du poumon gauche on ne remarque aucune lésion. Congestion assez marquée.

Au poumon droit : Il présente des cavernules renfermant un liquide puriforme. Les branchioles sont béantes, dures, et semblent être dilatées. On ne peut dire à l'examen macroscopique si on est en présence de cavernules dues à de l'ectasie bronchique ou à des foyers tuberculeux.

État congestif considérable.

L'examen histologique montre, indépendamment de la dilatation des bronchioles, un réseau capillaire extrêmement dilaté et en dehors de la bronche, dans l'anneau scléreux et dans les traînées de sclérose qui envahissent tout, la dilatation vasculaire est telle qu'elle rappelle un véritable tissu caverneux.

Rien qui rappelle la tuberculose ancienne ou récente.

Le cœur vu en place est volumineux.

L'oreillette droite en particulier est très distendue, et elle est tout entière à droite de la colonne.

Valvules saines. Oblitération incomplète du trou de Botal, orifice assez gros pour laisser passer la sonde cannelée.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Roque.)

Diagnostic : *Insuffisance et rétrécissement mitraux.*

Marie O., soixante-sept ans, ménagère, salle des deuxièmes femmes, lit n° 17, entrée le 15 janvier 1901.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. Bonne santé dans l'enfance.

Réglée à dix-sept ans. Ménopause à vingt-cinq ans à la suite d'une chute dans l'eau pendant l'inondation de 1865.

Mariée deux fois, jamais d'enfants ni de fausses couches. Semble être éthylique.

Toujours bien portante, sauf différents traumatismes. Tousse depuis longtemps pendant l'hiver, mais n'avait pas d'oppression. Depuis longtemps aussi avait eu de l'œdème des membres inférieurs.

Il y a neuf ans, elle fit un séjour à l'hôpital pour des douleurs rhumatismales.

Elle est essoufflée depuis deux mois et c'est pour cela qu'elle rentre à l'hôpital. Elle a perdu l'appétit depuis le commencement de ces accidents ; à part les pituites matutinales qu'elle a depuis de longues années, pas de vomissements.

Elle est très constipée.

Examen physique. — Teint pâle, figure bouffie. Thorax globuleux.

A la percussion des poumons, à gauche en arrière, matité de quatre travers de doigts à la base, avec disparition des vibrations.

Au sommet droit, submatité dans la fosse sus-épineuse.

Sonorité normale dans le reste des deux poumons Espace de Traube conservé.

A l'auscultation, base droite, quelques râles humides muqueux ; base gauche, obscurité complète ; cependant, dans les grandes inspirations, râles sous-crépitaux lointains.

Au sommet droit en arrière nombreux râles sous-crépitaux.

La malade tousse très peu, expectoration peu abondante, légèrement muco-purulente.

Au cœur, pointe difficile à délimiter, semble battre dans le cinquième espace. Rien d'appréciable à la palpation. A la percussion, *matité paravertébrale nette entre le 6^e et le 8^e espace intercostal à droite, s'étendant transversalement sur une étendue de deux travers de doigts.*

A l'auscultation, à la pointe rythme à trois temps, composé d'un souffle systolique et d'un dédoublement du deuxième bruit.

Pouls : 120. Respiration : 44.

A l'aorte, deuxième bruit éclatant, augmentation de la matité aortique, battement derrière la fourchette sternale.

Pas de pouls veineux.

Foie dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt. Légère ascite, léger œdème des membres inférieurs.

Température normale.

Urines, pas d'albumine.

OBSERVATION XIV

Diagnostic : *Cardiopathie de la ménopause. Insuffisance et rétrécissement mitraux. Gros cœur. Rétrécissement aortique. Insuffisance aortique.*

Philomène S..., quarante-quatre ans, lingère, entrée

2 février, sortie 4 avril 1901. Salle deuxièmes femmes, lit n° 12.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de suites de couches. Son père était asthmatique. Mariée. Un enfant mort de croup, un autre bien portant. A de l'éthylisme. Ménopause l'année dernière. La malade a eu la syphilis à seize ans. Depuis elle a toujours eu une bonne santé jusqu'au mois de janvier de l'année dernière. Elle aurait eu à cette époque une bronchite qui l'obligea à garder le lit pendant dix-huit jours ; elle aurait eu de la fièvre pendant cette maladie. Depuis, elle ne s'est jamais remise : elle avait souvent de la dyspnée d'effort, surtout nocturne, et toussait un peu. Jamais d'œdème des membres inférieurs, ni de palpitations.

Elle continua son travail. Depuis deux mois, l'oppression est devenue plus intense, survenant au moindre effort. En même temps la malade avait des crises d'oppression nocturne et une insomnie continuelle. Il y a quinze jours, elle se mit à tousser et à expectorer des crachats visqueux adhérents. Elle avait un peu de fièvre, quelques douleurs dans l'hypocondre droit avec quelques troubles digestifs : lenteur de digestion, à l'épigastre. Après les repas, vomissements.

La malade vient à l'hôpital, parce qu'elle a une dyspnée continue, qui l'oblige à cesser son travail. Elle tousse par quintes, surtout la nuit

Au repos elle ne semble pas dyspnéique ; le facies est rouge, sillonné de varicosités.

Poumons. — Sonorité normale aux sommets en avant, et en arrière. Aux bases, submatité.

A l'auscultation, expiration prolongée aux sommets ; aux bases, obscurité respiratoire.

A la base droite, on perçoit pendant la toux des râles

crépitants en bouffée, surtout inspiratoires ; quelques râles à la base gauche.

Cœur. — La pointe bat avec force dans le sixième espace, dans la ligne axillaire, en dehors du mamelon.

A l'auscultation de la pointe, on entend un souffle systolique rude en jet de vapeur. Ce souffle se propage dans l'aisselle, mais on ne l'entend pas dans le dos.

Au niveau de l'appendice xiphoïde on a un souffle moins intense que le précédent. Au foyer aortique on a un souffle systolique qui ne semble pas la propagation du bruit de la pointe. Le deuxième bruit est sourd, un peu soufflant. Double souffle crural. Le pouls radial a une tension faible. Il est inégal, présente quelques intermittences. Les jugulaires sont un peu gonflées ; pouls des jugulaires : les battements semblent systoliques.

Battements épigastriques, le palper du foie provoque une douleur, il est difficile de sentir son rebord. Léger reflux hépato-jugulaire.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Souffle présystolique à la pointe.

Battements hépatiques très forts.

1^{er} mars. — Au sommet droit on a un retentissement considérable de la toux et de la voix avec souffle expiratoire, quelques râles fins fugaces. *Au niveau de la septième vertèbre dorsale, à droite, un peu de submatité.*

13 mars. — Un peu d'albumine.

Inégalité pupillaire, la pupille gauche est plus dilatée.

Toujours congestion au sommet droit et *matité paravertébrale en arrière.*

La malade a été radioscopée. *On a pu se rendre compte que l'oreillette droite dépassait la colonne vertébrale d'environ 3 centimètres.*

24 mars. — La matité paravertébrale est à peu près

complètement disparue, tandis que la congestion du sommet persiste ; on a à droite un souffle expiratoire intense.

4 avril. — Mêmes signes à la pointe. A l'aorte, souffle systolique et diastolique.

Double souffle crural de Durozier.

La *matité paravertébrale existe toujours*.

Toujours congestion du sommet droit, inspiration rude, expiration prolongée. Retentissement de la toux et de la voix.



Radiographie du Dr DESTOT.

Ver. — Rétrécissement mitral bien compensé, sans dilatation des cavités droites appréciable à la percussion. La radiographie montre l'oreillette droite débordant à peine sur le côté droit de la colonne. Par contre, on observe une dilatation marquée de l'oreillette gauche, avec effacement du sillon inter-auriculo-ventriculaire (cœur normal). La zone sombre occupant les 4^e et 5^e espaces intercostaux gauches répond, à la percussion dorsale, à la zone de projection auriculaire décrite par Potain et par Barrier.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

Dans toutes ces observations, nous remarquons toujours le même fait, à savoir que tous les malades ayant une distension, même modérée, des cavités droites, présentent en général ¹ à la percussion dorsale une matité très appréciable du côté droit de la colonne, et cela, quelle que soit la cause de la dilatation auriculaire, qu'il s'agisse d'une cardiopathie valvulaire : (rétrécissement et insuffisance mitraux (obs. VII, VI, I, II, IV); lésions mitro-aortiques (obs. XIV, III), ou d'une myocardite (obs. IX, X), en un mot, chaque fois que le sang stagne dans l'oreillette droite par le fait d'un trouble mécanique dans la circulation intra-cardiaque, ou par le fait d'une insuffisance transitoire ou permanente du muscle cardiaque, ou souvent sous l'influence de ces deux causes associées.

A l'état physiologique, le cœur débordant d'un travers de doigt au maximum la colonne vertébrale à droite, ce débordement ne peut se manifester par une matité appréciable à la percussion ; il en est de même dans les cas d'hypertrophie cardiaque qui ne s'accom-

¹ Il faut excepter cependant les faits où comme dans l'observation VI une zone très développée d'emphysème pourrait masquer la matité paravertébrale, ou bien ceux où des adhérences empêchant le refoulement du poumon à droite, maintiendraient entre l'oreillette dilatée et la paroi thoracique, un sinus pulmonaire assez épais pour troubler les résultats de la percussion.

pagnent pas de dilatation de l'oreillette droite (voir Radiogr. n° V).

Au contraire, certains cœurs, même diminués de volume dans leur ensemble (tuberculose par exemple) sont susceptibles de présenter la matité paravertébrale droite lorsque, sous l'influence des troubles dyspnéiques gênant la circulation en retour, on voit apparaître la distension des cavités droites.

D'après M. Teissier, cette matité est due à l'oreillette droite; qui en se dilatant ne se porte pas en avant, mais en arrière, en s'appliquant contre la colonne vertébrale.

Les recherches anatomiques nous ont montré que la face postérieure du cœur n'est séparée de la colonne vertébrale que par la face interne du poumon droit, de sorte que l'oreillette droite dans l'état de distension (dans quelques cas elle peut atteindre le volume d'un poing) refoule la lame pulmonaire à droite et se place dans le sinus costo-vertébral droit.

Dans ce cas-là, elle est abordable par la percussion dorsale.

La percussion nous révèle une zone de matité très nettement délimitée, de forme rectangulaire, qui commence à trois travers de doigt à droite de la colonne vertébrale; s'étendant du sixième au neuvième espace intercostal droit.

Pour pratiquer cette percussion, on applique deux doigts, l'index et le médius gauches, parallèlement à la colonne dorsale, et on percute méthodiquement et comparativement les deux gouttières vertébrales, de façon à préciser exactement le siège et l'étendue de la matité.

Pour préciser ses limites supérieure ou inférieure,



Radiographie du Dr DESTOT.

1° Cœur vu du dos.

Joséphine D... — Rétrécissement mitral avec dilatation modérée de l'oreillette droite. Zone de matité paravertébrale droite très appréciable et donnant à la radiographie un débordement de deux travers de doigt à droite de la colonne vertébrale.



Radiographie du Dr DESTOT.

2° Cœur vu de face (même sujet Joséphine D...),

Le ventriculaire droit, qui donne sur la photographie une zone de projection moins teintée à droite du sternum, ne se révélait pas à la percussion par des signes nettement appréciables.

on percute transversalement, c'est-à-dire le doigt appliqué dans le sens des espaces intercostaux.

La présence de cette matité ne peut être attribuée à un épanchement, les autres signes révélateurs de celui-ci étant absents, ni à une tumeur médiastinale (dont les symptômes n'existent pas), mais bien au refoulement de l'oreillette droite en arrière; et ce signe est d'autant plus important que la percussion du thorax en avant ne trahit pas toujours des modifications correspondantes de la matité précordiale. On peut voir en effet sur les deux radiographies ci-contre (n^{os} VI et VII) recueillies sur Joséphine D..., atteinte du rétrécissement mitral avec dilatation modérée de l'oreillette droite, mais se traduisant en arrière par une zone de matité paravertébrale très nette, donnant à l'épreuve photographique une zone sombre de deux bons travers de doigt, que l'épreuve radiographique antérieure est loin de montrer un développement parallèle de la matité rétrosternale. C'est que, ainsi que le soutient M. Teissier, l'élargissement de la matité rétrosternale tient surtout à la *distension ventriculaire*, et le ventricule droit ne se dilate pas toujours d'une façon proportionnelle à l'oreillette correspondante.

Mais, après avoir constaté la constance de cette zone de matité au niveau des 6^e, 7^e et 8^e espaces intercostaux, on note un autre fait : c'est qu'elle se retrouve tantôt au niveau de la 7^e vertèbre seulement (obs. VII et XIV), tantôt entre la 6^e et la 7^e (obs. XI et VIII), tantôt au niveau de la 8^e (obs. IX et XIII).

En observant de près les malades sur lesquels on a trouvé cette matité paravertébrale droite, on remarque

que l'étendue de cette zone est variable, peut même disparaître pour un certain temps, puis réapparaître de nouveau (obs. II, I, IV).

Quelle est l'explication de ces variations ?

Elles sont dues, selon M. Teissier, à ce que l'oreillette dilatée (prenons le cas d'asystolie par exemple) tend, sous l'influence de la digitale, à récupérer son volume normal, s'éloigne alors du sinus costo-vertébral, et donne à la percussion une matité moindre ; quelquefois même toute trace de matité disparaît (obs. IV, IX, II, I).

M. Teissier conserve habituellement sur un décalque les contours de cette matité dessinés au crayon dermographique.

C'est là un procédé très simple et pourtant très démonstratif, car il permet de vérifier d'une façon journalière les changements de volume de l'oreillette en rapport avec l'action des médicaments et les changements dans l'état général du malade (obs. I, X, IX, VIII). C'est ainsi, pour prendre un exemple, que chez le malade de l'observation III le décalque mesurait 7^{cm} sur 5^{cm} représentant ainsi une matité de 35 centimètres carrés (voir Schéma 5¹).

Mais à côté de ces cas, où l'explication du symptôme est aisée, il y en a d'autres qui pourraient paraître de prime abord en contradiction avec l'opinion émise par M. Teissier, à savoir que la matité paravertébrale droite est révélatrice de la distension auriculaire.

¹ Sur ce schéma la zone de matité est représentée de dimensions trop réduites : il y a lieu d'augmenter sa largeur d'environ 2/3, c'est-à-dire de reporter le trait vertical interne jusqu'au niveau des apophyses transverses.

Comme nous l'avons constaté nous-même, dans la plupart des cas, le degré de la matité révèle le degré même de distension des cavités droites (voir radiographies, n^{os} I et II).

Mais parfois une grosse matité peut coïncider avec

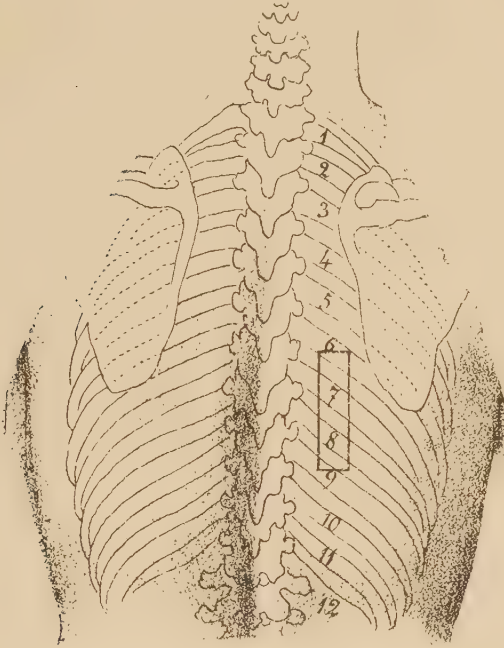


Schéma 5.

une distension modérée de l'oreillette droite. Il faut alors incriminer l'hypertrophie du ventricule gauche, le plus souvent sous l'influence de l'insuffisance aortique. Cette hypertrophie ventriculaire, en abaissant la pointe du cœur suivant la ligne mamelonnaire, fait obstacle au développement des cavités droites dans le sens transversal, si bien qu'il suffit de changements

de volume relativement modérés dans ces mêmes cavités, pour entraîner une augmentation de la zone de matité paravertébrale¹ (radiographie IV).

Il ne faudrait point croire cependant que cette zone de matité s'observe toujours avec un cœur hypertrophié, on peut ne pas trouver de matité paravertébrale avec des cœurs volumineux, tandis qu'on peut voir des cœurs de petit volume qui débordent nettement à droite la colonne dorsale par suite d'une dilatation passagère ou permanente de l'oreillette droite (radiographie III).

Le cas cité par M. Teissier dans ses publications antérieures pourrait nous servir d'exemple : cœur petit avec rétrécissement mitral et dilatation nette des cavités droites et zone de matité paravertébrale bien prononcée. Cet autre cas n'est pas moins la contre-épreuve du premier : rétrécissement et insuffisance mitrale bien compensés, cœur gros, mais pas de dilatation de l'oreillette droite, et, de ce fait, pas de zone de matité paravertébrale droite (radiographie V).

Mais les résultats cliniques seuls n'auraient pu autoriser de conclusions suffisamment fermes, si la radiographie n'était venue à notre aide.

En effet, tous les malades qui présentaient de la matité paravertébrale droite et qui ont été radiographiés ont donné les résultats suivants :

A la zone de matité constatée cliniquement correspond une tache sombre à droite de la colonne dorsale,

¹ *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 mars 1901, p. 242.

due à la projection de l'oreillette droite sur les espaces intercostaux correspondants, c'est-à-dire 6^e, 7^e, 8^e.

Les radiographies mettent sous nos yeux ces preuves qui confirment d'une façon si nette tout ce que nous ont donné les recherches cliniques.

Suivant l'exemple de M. Teissier, nous avons tâché de vérifier ces faits sur la table d'autopsie.

Les recherches anatomo-pathologiques déjà exposées plus haut ont appuyé dans le même sens.

CONCLUSIONS

De cette étude clinique, radiographique et anatomo-pathologique, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. L'oreillette droite se trouve dans un plan inférieur et en partie postérieur à l'oreillette gauche. En se dilatant elle se porte en arrière et se place dans le sinus pulmonaire droit, en refoulant à droite le poumon droit.

II. La présence en arrière est révélée, le plus souvent, par une zone de matité paravertébrale droite. Cette matité a la forme d'un rectangle allongé : elle est parallèle à la colonne dorsale et occupe les 6^e, 7^e, 8^e espaces intercostaux. Sa largeur maxima est de deux à trois travers de doigt.

III. La présence de cette matité est révélatrice de la distension de l'oreillette droite comme permettait de le prévoir l'anatomie et comme le prouvent les recherches anatomo-pathologiques et les radiographies.

IV. L'étendue de la matité est souvent, mais non toujours en rapport avec le degré de dilatation auriculaire. Elle peut subir des variations correspondant aux variations de celle-ci.

V. La matité paravertébrale droite constitue donc un signe important de dilatation de l'oreille droite, même de dilatation modérée. Elle peut donc constituer un élément de diagnostic important. Sa recherche doit faire partie de l'exploration clinique cardiaque.

VI. Les variations de cette zone constituent un sérieux élément de pronostic.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. TEISSIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 juin 1901.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

